Ontario

Qualité des services de santé Ontario

OBSERVATEUR DE LA QUALITÉ

QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (QSSO)

RAPPORT ANNUEL 2012 SUR LE SYSTÈM DE SANTÉ DE L'ONTARIO

Ce rapport est un outil qui servira à instaurer une culture de qualité, de valeur, de transparence et de responsabilisation dans tout le système de santé de l'Ontario. Nous espérons qu'il aidera tous les intervenants – patients, aidants, professionnels de la santé et dirigeants – à mieux comprendre le système de santé financé par les deniers publics, pour que chacun se sente responsable, système compris, de l'amélioration continue de la qualité.

Ce rapport a été préparé en collaboration avec

ICES Institute for Clinical Evaluative Sciences

Table des matières

1 INTRODUCTION ET RÉSUMÉS 2

1.1 Sommaire exécutif 2
1.2 Cadre des attributs 6
1.3 Importance des données 7

Résumés sectoriels
1.4 Secteur hospitalier 8
1.5 Soins primaires 10
1.6 Soins à domicile 12
1.7 Soins de longue durée 14

2 UN SYSTÈME ACCESSIBLE 16

Résumé 16

3 UN SYSTÈME EFFICACE 20

Résumé 20

4 UN SYSTÈME SÛR 26

Résumé 26

5 UN SYSTÈME AXÉ SUR LES PATIENTS 30

Résumé 30

6 UN SYSTÈME EFFICIENT 32

Résumé 32

7 UN SYSTÈME ADÉQUATEMENT OUTILLÉ 34

Résumé 34

8 UN SYSTÈME INTÉGRÉ 36

Résumé 36

9 UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION 38

Résumé 38

10 UN SYSTÈME ÉQUITABLE 40

Résumé 40

11 ANALYSE DES RLISS 43

Analyse des RLISS 43

12 EXEMPLES DE RÉUSSITE 58

12.1 Autres niveaux de soins 58
12.2 Accès 60
12.3 Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) 61
12.4 Autres réussites 64

13 NOTES EN FIN D'OUVRAGE 66

14 REMERCIEMENTS 73

15 MEMBRES DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO 74

1.1 Sommaire exécutif

Le système de santé ontarien financé par les deniers publics fait l'objet de pressions intenses qui peuvent s'expliquer par divers facteurs : la montée en flèche des coûts, une population vieillissante et l'austérité budgétaire imposée par le gouvernement. Il demeure toutefois essentiel de continuer à prodiguer des soins de grande qualité à tous les Ontariens et Ontariennes. Afin de répondre aux besoins de la population, le système de santé de l'Ontario doit en permanence appliquer des pratiques fondées sur des preuves aptes à améliorer les résultats, à réduire le gaspillage et à centrer la prestation des soins de santé sur les patients, pour que chacun puisse vivre une expérience optimale. Nous devons assurer la viabilité et la pérennité de notre système de santé pour les prochaines générations.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a la responsabilité de surveiller la performance du système de santé et d'en rendre compte aux Ontariennes et Ontariens. Le présent *Observateur de la qualité* est le septième rapport annuel de QSSO. Il décrit les résultats des divers secteurs du système – soins primaires, soins à domicile, soins de longue durée et hôpitaux – par rapport aux neuf attributs d'un système de santé de grande qualité : accessible, efficace, sûr, axé sur les patients, équitable, efficient, adéquatement outillé, intégré et centré sur la santé de la population. Le rapport étudie si la qualité s'est améliorée ou détériorée et, dans la mesure du possible, comment l'Ontario se compare aux systèmes de santé canadiens et étrangers les plus performants.

QSSO a aussi la responsabilité de prôner le changement à l'échelle du système. L'organisme détermine les pratiques fondées sur des preuves que les fournisseurs de soins de santé devraient appliquer et recommande les normes de pratique, également fondées sur des preuves, auxquelles les organismes doivent adhérer. Il formule des recommandations sur la manière dont les services de santé devraient être financés pour assurer une qualité irréprochable, et s'informe sur les divers outils et approches qui facilitent la mise en œuvre de pratiques exemplaires, puis les transmet aux professionnels de la santé.

L'édition de cette année de *Observateur de la qualité* regroupe plusieurs thèmes de deux pages. La première page présente les principales constatations et des données sur la façon dont notre système se compare à d'autres, et si celui-ci s'est ou non amélioré; la deuxième page présente des stratégies d'amélioration, ainsi que les pratiques fondées sur des preuves qui devraient être mises en œuvre, y compris celles recommandées par le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS), qui fait partie désormais de QSSO. Le rapport contient aussi des idées pratiques sur la manière d'appliquer les meilleures façons de procéder et fait référence à des trousses de changement mises au point par QSSO, qui décrivent ces conseils en détail. Les idées de mise en œuvre comprennent des améliorations précises apportées aux processus de soins, des conseils sur la façon d'évaluer la qualité et de communiquer les résultats aux fournisseurs, des aides à la décision clinique pour rappeler aux fournisseurs d'exécuter des tâches importantes, les compétences professionnelles que les soignants doivent posséder, les ressources qui doivent être acquises ou modifiées, la façon dont les patients doivent participer pour améliorer la mise en œuvre et les mécanismes de responsabilisation ou les incitatifs à concevoir. Ces stratégies d'amélioration sont également regroupées en fonction des divers groupes chargés de les mettre en œuvre – les fournisseurs, les patients et les décideurs.

La version imprimée du rapport de cette année a un format plus compact afin d'en faciliter la lecture. Après sa publication, son contenu sera étoffé régulièrement sur Internet, au moyen notamment de graphiques détaillés sur tous les indicateurs. Le rapport comporte des résumés de deux pages des principales constatations relatives aux hôpitaux, soins de longue durée, soins à domicile et soins primaires, ainsi que des questions afin d'encourager l'autoréflexion chez les dirigeants et les soignants. Cette année encore, le rapport présente des exemples de réussite étroitement liés à ses principales constatations, démontrant qu'il est possible de faire des améliorations. D'autres exemples de réussite seront aussi présentés en ligne.

COMMENT NOUS AVONS COMPILÉ CE RAPPORT

QSSO a examiné des données provenant de sources diverses, dont les banques de données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), et les données des recensements de Statistique Canada, des sondages internationaux du Fonds du Commonwealth et d'autres organismes. L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) nous a secondés pour analyser bon nombre de ces données, tandis que des chercheurs, des experts cliniques et des dirigeants en santé ont vérifié l'exactitude et la validité de nos conclusions.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Toutes les sections du rapport de cette année présentent la même conclusion : des progrès sont réalisés dans de nombreux domaines, mais ils sont lents. Pour que le système de santé de l'Ontario parvienne à l'excellence, les progrès doivent se faire plus rapidement. Trois domaines en particulier démontrent le bien-fondé de cette constatation :

- gestion des maladies chroniques et hospitalisations évitables
- temps d'attente
- sécurité dans les hôpitaux

Gestion des maladies chroniques et hospitalisations évitables

Beaucoup d'Ontariennes et d'Ontariens sont atteints de maladies chroniques. Malgré quelques signes positifs d'amélioration au chapitre de la gestion des maladies chroniques, il y a encore d'immenses progrès à faire. Malheureusement, les pratiques exemplaires fondées

sur des preuves qui pourraient aider les gens à rester en bonne santé ne sont pas toujours appliquées. Les soins sont fragmentés, surtout lorsque les gens sortent de l'hôpital, passent d'un soignant à un autre ou sont traités par plusieurs personnes. Cette situation alourdit le fardeau pour les particuliers et les familles et donne lieu à des hospitalisations et des réadmissions qui pourraient être probablement évitées.

D'un autre côté, les complications dues au diabète, dont les crises cardiaques, AVC, amputations et défaillances rénales, ont diminué, tandis que l'utilisation des médicaments recommandés pour éliminer ces complications augmente, quoique lentement. On pourrait faire mieux pour que davantage de médicaments appropriés soient administrés. De plus, la moitié seulement des personnes diabétiques passe les examens annuels de la vue recommandés et seulement 61 % d'entre elles se fait examiner les pieds régulièrement. Plus de la moitié des personnes atteintes de maladies chroniques a une mauvaise alimentation et ne fait pas d'exercice physique. Beaucoup continuent de fumer, une personne sur quatre est obèse et les taux d'obésité augmentent. Les comportements nuisibles pour la santé sont plus fréquents chez les personnes ayant un faible revenu ou un faible niveau d'éducation; il est indispensable de régler l'inégalité d'accès pour améliorer les résultats pour l'ensemble de la population.

Beaucoup de maladies chroniques font partie des affections qui pourraient être traitées dans le cadre de soins ambulatoires, de sorte que si on optimisait la prestation des soins primaires, il serait possible de réduire les hospitalisations. Le taux d'hospitalisations pour ces affections diminue régulièrement depuis sept ans et l'Ontario enregistre maintenant un taux plus faible que dans la plupart des autres provinces. Toutefois, les taux sont plus bas en Colombie-Britannique et bien inférieurs à la moyenne provinciale dans certaines régions de l'Ontario.

La transition après une hospitalisation ne se fait pas de façon optimale et bon nombre de personnes sortent l'hôpital sans qu'on leur donne des renseignements importants. Par exemple, seulement la moitié des personnes qui sortent de l'hôpital sait quand elle peut reprendre ses activités normales et seulement 59 % de ces personnes connaît les signes à surveiller de retour au domicile. Ces chiffres sont encore plus bas pour les personnes admises aux urgences, et les soins de suivi ne sont pas toujours organisés. Par exemple, un patient sur trois qui sort de l'hôpital après avoir été hospitalisé pour des troubles psychiatriques ne bénéficie pas d'une consultation de suivi dans les 30 jours qui suivent le départ de l'hôpital.

L'absence de coordination après une hospitalisation augmente le risque de réadmission. Pour les maladies chroniques, dont l'insuffisance cardiaque congestive ou la maladie pulmonaire obstructive chronique, une personne sur cinq est réadmise dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'hôpital. Nous pouvons faire mieux en Ontario. Certains grands établissements étasuniens ont réussi à obtenir des taux de réadmission deux fois moins élevés qu'ici en mettant au point un processus fiable de coordination des sorties et de suivi.

Stratégies d'amélioration

Gestion des maladies chroniques

Une bonne gestion des maladies chroniques dépend de la participation des patients et de la performance du système de santé. Les gens se doivent d'adopter une meilleure hygiène de vie, de bien comprendre leur maladie et de suivre un plan de traitement convenu mutuellement. Les fournisseurs de soins doivent surveiller les patients et s'assurer qu'ils reçoivent tous les médicaments, traitements ou thérapies recommandés. Pour ce faire, le système de santé doit s'améliorer afin de :

- permettre aux gens d'accéder en temps voulu aux soins primaires et aux services spécialisés dont ils ont besoin (p. ex., réadaptation);
- veiller à la mise en place d'un suivi régulier;
- s'assurer que les fournisseurs appliquent régulièrement toutes les pratiques exemplaires recommandées à chaque consultation prévue;
- mieux gérer les personnes à risque en surveillant l'évolution des symptômes et les résultats des tests de laboratoire régulièrement et, au besoin, en modifiant immédiatement le traitement;
- aider les patients à s'autogérer, à se fixer des objectifs et à les atteindre;
- instaurer de solides systèmes d'évaluation pour que les fournisseurs puissent déterminer s'ils appliquent les pratiques exemplaires et intégrer ces systèmes aux dossiers médicaux électroniques;
- mettre en œuvre des politiques pour encourager les gens à avoir une bonne hygiène de vie, par exemple, améliorer l'étiquetage des aliments, limiter la commercialisation des aliments dangereux pour la santé et les interdire dans les écoles, taxer les comportements nuisibles pour la santé et investir pour créer des quartiers sûrs et dynamiques où les gens peuvent accéder à des activités physiques;
- rendre les organismes responsables de la qualité au moyen de contrats, d'ententes de responsabilisation ou de mécanismes de financement.

Réadmissions à l'hôpital et transitions

De grands établissements étasuniens ont réussi à réduire considérablement le nombre de réadmissions après avoir instauré des processus normalisés et amélioré la communication avec les patients et les dispositifs de suivi après l'hospitalisation. Par exemple, ils :

- fournissent des instructions en langage simple aux patients quand ils sortent de l'hôpital;
- demandent aux patients de répéter les instructions qui leur sont données pour vérifier s'ils les ont bien comprises;
- mettent en place un dispositif de suivi approprié et en temps opportun en matière de soins primaires;
- évaluent les risques de réadmission (avec des outils normalisés qui existent déjà) et assurent un suivi plus intensif pour les personnes présentant des risques élevés;
- appliquent des normes pour la transmission en temps voulu des renseignements entre l'hôpital et le cabinet de soins primaires, par exemple, des résumés et des plans de traitement après l'hospitalisation;
- utilisent des prescriptions normalisées et des listes de vérification pour s'assurer que les patients reçoivent les bons médicaments et suivi après une hospitalisation.

Les grands hôpitaux qui utilisent ces techniques enregistrent des taux de réadmissions pour insuffisance cardiaque congestive de moins de 10 %, soit deux fois moins qu'en Ontario[1]. Reste à savoir si les hôpitaux de l'Ontario peuvent en faire de même. Le cas échéant, cet objectif devra devenir la norme pour l'ensemble du système.

Temps d'attente

Il y a des attentes dans tous les secteurs du système de santé. Néanmoins, nous constatons beaucoup de progrès à certains égards (tomodensitométries et IRM) et de légères améliorations dans d'autres (attentes aux urgences). Néanmoins, les délais sont encore beaucoup trop longs en ce qui a trait aux soins primaires et aux soins de longue durée.

Les attentes pour une tomodensitométrie ont diminué de moitié par rapport à il y a trois ans et pour 90 % des personnes qui doivent faire une tomodensitométrie, l'attente est inférieure à quatre semaines. On a constaté également une diminution considérable des attentes pour les IRM qui ont baissé de 25 % l'an dernier. Ces diminutions s'expliquent sans doute par l'accroissement de la capacité et les efforts que certains établissements ont déployés récemment pour améliorer les processus de prise de rendez-vous.

La durée des attentes aux urgences a diminué légèrement depuis trois ans, soit d'une demi-heure environ. Nous nous en réjouissons, mais les gens attendent encore trop longtemps. Les patients nécessitant des soins très complexes passent en moyenne 11,5 heures aux urgences, tandis que ceux nécessitant des soins peu complexes y passent 4,4 heures. L'objectif provincial est de huit et quatre heures respectivement. Les délais pour les interventions chirurgicales ont diminué considérablement entre 2005 et 2009, mais se sont détériorés légèrement l'an dernier, soit de trois semaines environ pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte. D'autre part, davantage de gens nécessitant une intervention peu urgente se font opérer dans les délais prévus que ceux ayant besoin d'une intervention urgente; environ un tiers des chirurgies du cancer ou des arthroplasties de la hanche et du genou ne se font pas dans les délais recommandés.

Au chapitre des soins primaires, seulement la moitié des adultes en mauvaise santé ont pu voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain, contre 79 % au Royaume-Uni où d'importants investissements ont été effectués dans la formation du personnel des cabinets de soins primaires pour instaurer l'accès ouvert et aider les fournisseurs à mieux gérer les listes d'attente. Les attentes pour des soins spécialisés sont trop longues en Ontario où la moitié des adultes en mauvaise santé doivent attendre au moins quatre semaines. L'Ontario (et l'ensemble du Canada) est à égalité avec la Norvège, se situant derrière 11 pays pour ce qui est de l'accès en temps voulu aux spécialistes.

Les attentes avant l'admission dans un foyer de soins de longue durée (SLD) sont encore beaucoup trop longues, soit près de quatre mois. Cependant, après une montée en flèche entre 2005–2006 et 2008–2009, ces attentes se sont au moins stabilisées, ayant cessé d'augmenter depuis deux ans. De plus, depuis quelques années, les demandes de placement dans un foyer de SLD sont plus nombreuses à partir de la collectivité que de l'hôpital, dénotant une utilisation accrue de l'approche « Chez soi avant tout », selon laquelle la décision de placer une personne dans un foyer de SLD est remise à plus tard, une fois qu'elle a réintégré son domicile en ayant la possibilité de recevoir des soins supplémentaires, ce qui permet de mieux évaluer ses besoins. C'est en partie à cause des listes d'attente dans les foyers de SLD que les personnes nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS) comptent pour 17 % (environ une personne sur six) des jours-hôpital dans les hôpitaux de soins actifs de la province. La situation s'est aggravée depuis cinq ans.

Stratégies d'amélioration

Depuis quelques années, bon nombre de services des urgences de l'Ontario ont entrepris d'améliorer leurs processus pour réduire les attentes en :

- simplifiant les façons de procéder pour réduire les délais d'exécution des tests de laboratoire ou d'autres services;
- instaurant des zones à part pour différents types de patients (p. ex., zones de prise en charge rapide ou unités d'observation);
- assouplissant les emplois du temps des médecins et d'autres membres du personnel pour pouvoir disposer de personnel supplémentaire en périodes de pointe ou lorsque la demande augmente;
- utilisant des systèmes d'information pour déterminer où il y a le plus de retards;
- aidant les patients qui vont aux urgences en dernier recours à trouver les soins et les services dont ils ont vraiment besoin, par exemple, un fournisseur de soins primaires ou de soins psychiatriques.

Toutes ces mesures sont utiles, mais il est probablement possible de faire mieux. Néanmoins, il n'y aura de réels progrès que lorsque les hôpitaux pourront assurer qu'il y a un lit pour les personnes qui doivent être hospitalisées après une visite aux urgences. Il n'y a souvent pas de lit à cause du grand nombre de patients ANS, dont beaucoup attendent d'être admis dans un foyer de SLD. Par conséquent, la question des attentes aux urgences ne pourra être réglée que lorsque ce problème aura été réglé.

Les décideurs et les professionnels de la santé disposent de nombreux moyens de réduire les attentes aux urgences. Par exemple, ils peuvent :

- améliorer l'accès aux soins à domicile;
- fournir des logements avec services de soutien pour que les gens puissent vivre dans leur propre appartement au sein d'un complexe où des soignants sont prêts à les aider. En Alberta, on a créé des logements avec services de soutien qui reviennent moins cher que les foyers de SLD; dans cette province, les attentes sont inférieures à un mois pour les admissions dans un foyer de SLD;
- prévenir le « déconditionnement », ou la perte des capacités physiques et d'autonomie, comme on le fait dans les grands hôpitaux au moyen des programmes de réadaptation, évitant ainsi de placer les patients sur une liste d'attente pour les SLD;
- adopter une approche « Chez soi avant tout » qui présume qu'il est prématuré de décider de placer une personne dans un foyer de SLD tout de suite après une hospitalisation et consiste à reporter la

[1] Boutwell, A. Griffin, F. Hwu, S. Shannon, D. Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Compendium of 15 Promising Interventions. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2009.

décision à plus tard, une fois que la personne a réintégré son domicile en ayant la possibilité de recevoir des soins supplémentaires, ce qui permet de mieux évaluer ses besoins.

Les fournisseurs de soins primaires disposent de nombreux moyens de réduire les attentes. Par exemple, ils peuvent :

- appliquer les principes d'accès ouvert et améliorer l'efficacité des cabinets;
- surveiller les temps d'attente et la demande de rendez-vous;
- faire en sorte que l'offre corresponde mieux à la demande;
- réaliser des gains d'efficacité, par exemple, en donnant des renseignements au téléphone ou par courriel, ou en déléguant certaines tâches.

Sécurité des hôpitaux

L'Ontario a fait quelques progrès au chapitre des infections nosocomiales. On constate une diminution régulière des pneumonies sous ventilation assistée (PVA) et des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC), qui sont associées à un taux de mortalité élevé dans les unités de soins intensifs. Malheureusement, les taux d'infections à *C. difficile* se sont accrus légèrement au cours de l'année écoulée, annulant les gains effectués les années précédentes. L'observation des mesures d'hygiène des mains avant le contact avec les patients dans les hôpitaux s'est également améliorée, passant de 53 % en 2008 à 72 % en 2011. Les campagnes *soins de santé plus sécuritaires maintenant!* et *Lavez-vous les mains* pourraient avoir contribué à ces améliorations. Il est possible de faire encore mieux, car un grand nombre de grands hôpitaux ont éliminé les PVA et les CIC. En ce qui concerne l'hygiène des mains en particulier, les taux d'observation pourraient atteindre 100 %. Les hôpitaux doivent demeurer vigilants et suivre toutes les procédures établies de contrôle des infections.

Le nombre de décès dans les hôpitaux diminue, la plupart des hôpitaux enregistrant une baisse de leurs taux de mortalité normalisés l'an dernier. Le taux de mortalité dans les 30 jours qui suivent une crise cardiaque est tombé à 8,2 % en 2009-2010 par rapport à 10 % six ans plus tôt. Les taux de mortalités dues aux AVC ont diminué dans la même proportion.

Stratégies d'amélioration

Il existe des « séries » bien établies de pratiques fondées sur des preuves pour réduire divers types d'infections nosocomiales ou les taux de mortalité; par exemple, on peut :

- éliminer les infections liées aux cathéters intravasculaires centraux en utilisant les bonnes techniques de stérilisation, en examinant chaque jour le site d'insertion pour des signes d'infection et en ôtant le cathéter dès que possible;
- réduire les décès dus à une septicémie en diagnostiquant les cas rapidement, en administrant des antibiotiques immédiatement et en traitant activement l'hypotension;
- prévenir les thromboses veineuses en administrant des anticoagulants aux patients susceptibles de développer des caillots sanguins;
- diminuer les complications chirurgicales en administrant des antibiotiques et des anticoagulants et en maintenant une température et un taux de glycémie normaux;
- réduire au minimum les erreurs médicamenteuses en utilisant diverses stratégies, par exemple, vérification des interactions entre médicaments, dosage des unités, solutions IV préparées à l'avance ou prescriptions informatisées.

Le défi pour les organismes médicaux est de s'assurer que ces pratiques fondées sur des preuves sont appliquées en permanence et non de temps à autre. Les incohérences surviennent pour un certain nombre de raisons, notamment :

- méconnaissance des pratiques ou surmenage des soignants qui oublient de les mettre en œuvre;
- absence de méthodes normalisées, ce qui accroît le risque qu'on oublie une tâche importante;
- connaissances inégales des soignants en ce qui a trait à la bonne façon d'exécuter une tâche;
- locaux mal agencés, rendant difficile l'application des méthodes recommandées;
- fournisseurs n'ayant pas pris conscience de l'importance d'adopter la bonne façon de procéder, et résistance éventuelle au changement.

Il existe de nombreuses stratégies pour assurer l'adoption des bonnes façons de procéder. Les hôpitaux peuvent :

- évaluer le rendement en permanence et transmettre l'information aux fournisseurs, comme cela se fait dans les grands hôpitaux où l'hygiène des mains est vérifiée régulièrement (une fois par mois) et les résultats des observations sont affichés dans chaque service;
- fournir des listes de vérification, des prescriptions normalisées ou d'autres aides à la décision clinique afin de rappeler aux fournisseurs les tâches à accomplir et quand;
- établir des processus normalisés, demander au personnel de participer à leur conception, les tester de façon approfondie pour s'assurer qu'ils sont efficaces et surveiller si les gens les observent;
- former les membres du personnel, mais surtout, vérifier s'ils ont appris à bien exécuter la tâche à chaque fois;
- encourager la participation des patients, par exemple, les inviter à rappeler aux soignants de se laver les mains, s'il y a lieu.

CONCLUSION

Dans tous ces domaines et dans beaucoup d'autres mentionnés dans le rapport, les stratégies mises en œuvre peuvent considérablement améliorer la qualité du système de santé de l'Ontario. Le leadership et la responsabilité à l'égard de la qualité et de la sécurité sont les principaux facteurs essentiels à la prestation des soins de qualité que les Ontariennes et Ontariens souhaitent et sont en droit de recevoir. Les dirigeants compétents encouragent l'engagement à l'égard de la qualité en martelant le message à l'échelle de l'organisme, en montrant leur intérêt envers les initiatives d'amélioration et en célébrant les réussites. Ils établissent des objectifs audacieux dans les plans d'amélioration de la qualité que la province leur demande de fournir et, comme leurs chefs de service et employés, se portent garants des résultats. Ils encouragent les employés de première ligne à faire des changements pour améliorer les processus, leur fournissent la formation nécessaire et leur donnent le temps de le faire. Toutes ces activités créent une culture de sécurité, de valeur et de responsabilité au sein du système de santé qui le propulseront au niveau d'excellence auxquels les Ontariennes et Ontariens aspirent et qu'ils méritent.

1.2 Cadre des attributs

Les attributs d'un système de santé très performant

La population ontarienne souhaite que le réseau de santé soit :

ACCESSIBLE

On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.

Par exemple, lorsqu'un examen particulier est nécessaire, vous devriez pouvoir le subir quand il est nécessaire et sans qu'il ne vous occasionne encore plus de pressions et de contrariétés. Si vous souffrez d'une maladie chronique, comme le diabète ou l'asthme, vous devriez pouvoir la gérer et éviter ainsi des problèmes plus graves.

EFFICACE

On devrait nous prodiguer des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles.

Par exemple, votre médecin (ou votre fournisseur de soins de santé) devrait connaître les traitements éprouvés pour vos besoins particuliers, y compris les meilleures façons de coordonner les soins, de prévenir la maladie ou de mettre la technologie à profit.

SÛR

On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner.

Par exemple, on devrait prendre des mesures afin de diminuer les risques de chutes des aînés dans les maisons de soins infirmiers. Il devrait y avoir des systèmes en place afin d'éviter qu'on vous donne un mauvais médicament ou une mauvaise dose.

AXÉ SUR LE PATIENT

Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.

Par exemple, les soins devraient être prodigués dans le respect de votre dignité et de votre intimité. Vous devriez pouvoir choisir vos soins en tenant compte de vos besoins religieux, culturels et linguistiques et de votre situation.

ÉQUITABLE

On devrait tous bénéficier de la même qualité de soins, peu importe qui on est et où on habite.

Par exemple, si vous ne parlez pas l'anglais ou le français, ça peut vous être difficile de vous renseigner sur les services de santé qu'il vous faut et d'obtenir ces services. Cela peut être également difficile pour les personnes qui sont défavorisées ou moins instruites ou qui habitent dans de petites collectivités ou dans des régions éloignées. Il faut parfois une aide supplémentaire afin de veiller à ce que tout le monde puisse se faire soigner comme il se doit.

EFFICIENT

On devrait constamment être à l'affût de moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé.

Par exemple, afin de vous éviter d'avoir à répéter des examens ou à attendre que les rapports soient acheminés d'un médecin à l'autre, tous vos médecins devraient avoir accès aux renseignements sur votre santé au moyen d'un système informatique sécurisé.

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

Le système de soins de santé devrait compter suffisamment de professionnels compétents, de fonds, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.

Par exemple, en vieillissant, les problèmes de santé se font plus nombreux. Cela signifie qu'il y aura un plus grand besoin pour des appareils, des médecins, du personnel infirmier et d'autres intervenants spécialisés afin de prodiguer de bons soins. Un système de santé de grande qualité se doit d'être planifié et préparé en conséquence.

INTEGRÉ

Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.

Par exemple, si vous avez besoin d'une intervention chirurgicale importante, votre prise en charge devrait être coordonnée afin de faciliter le transport de l'hôpital au service de réadaptation et de soins dont vous aurez besoin après votre retour au domicile.

CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

Par exemple, les gens devraient recevoir des services de santé de prévention afin d'éviter d'avoir le cancer, des maladies infectieuses ou d'autres maladies. Les gens doivent avoir une bonne hygiène de vie et le système de santé devrait les aider à le faire.

1.3 Importance des données

Pour que la population ait une image détaillée de la qualité de son système de santé, l'Ontario doit continuer d'investir dans la collecte des données. Même si la province fait partie des instances du Canada qui possèdent des données d'excellente qualite, d'importantes lacunes persistent. Dans certains cas, les données existent, mais elles sont inexactes ou difficiles à obtenir, alors que dans d'autres cas, elles sont totalement absentes.

QSSO estime qu'il est important de préconiser l'amélioration des données. De meilleures données signifient une meilleure présentation de l'information, condition essentielle à des soins de meilleure qualité. Cette année, QSSO a collaboré avec des intervenants et des experts afin de déterminer les questions de qualité auxquelles nous ne pouvons pas répondre sans de meilleures données, de savoir pourquoi ces questions sont importantes, et de trouver des idées sur la façon dont on peut obtenir les données.

QUELLES DONNÉES SOUHAITE-T-ON OBTENIR?	COMMENT PEUT-ON LES OBTENIR?	QUELLE INFORMATION PEUT-ON EN TIRER?
DONNÉES SUR LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES ET L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES	• Adoption de normes nationales pour le contenu du dossier médical électronique (DME) • Saisie normalisée des données du DME • Adoption d'un DME à l'échelle de la province • Utilisation des données du DME pour créer des registres provinciaux sur les maladies	• Gestion des maladies chroniques : Quel est le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens atteints de certaines maladies? Les gens prennent-ils les bons médicaments? Font-ils l'objet d'un suivi régulier? Les maladies chroniques sont-elles bien contrôlées? Les mesures physiques et les résultats des examens subis par ces personnes (p. ex., pression sanguine, poids, niveaux de cholestérol) se situent-ils dans la moyenne souhaitable? • Accès : Les gens obtiennent-ils des rendez-vous en temps voulu afin d'éviter des attentes potentiellement préjudiciables? • Performance : Dans quelle mesure nos fournisseurs de soins primaires obtiennent-ils de bons résultats? Quelle est la qualité des soins primaires?
DONNÉES COMPLÈTES D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS	• Une banque de données complète d'utilisation des médicaments qui comprend tous les Ontariens (et pas seulement ceux âgés de 65 ans et plus)	• Efficacité : Les gens reçoivent-ils les bons médicaments? • Événements indésirables : À quelle fréquence les erreurs de prescription (p. ex., interactions entre médicaments, mauvaise dose, mauvais médicament) surviennent-elles? • Y a-t-il des renseignements qui peuvent aider à déceler les activités inappropriées de prescription ou d'administration de médicaments? • Y a-t-il des renseignements sur le fait qu'on prescrit ou non aux patients des médicaments qui reflètent les meilleures lignes directrices? • Avons-nous des renseignements sur les tendances relatives aux types de médicaments prescrits?
DONNÉES SUR L'EXPÉRIENCE DES CLIENTS	• Sondage mené à l'échelle de la province sur l'expérience des clients des soins primaires, des soins psychiatriques et des soins longue durée • Sondages normalisés menés dans les hôpitaux, conformes à une norme nationale commune	• Expérience des patients : Que pensent les usagers des services de santé qui leur sont fournis, en termes de communication, de politesse, de participation aux décisions et en ce qui a trait à la façon dont on répond à leurs inquiétudes? • Accès : Les gens sont-ils en mesure de recevoir les services dont ils ont besoin en temps voulu? • Résultats communiqués par les patients : Les gens croient-ils être en bonne santé et que pensent-ils des effets que les traitements/services ont sur leur qualité de vie?
PERTINENCE DES DONNÉES SUR LES SERVICES	• Collecte de données sur les critères relatifs à la pertinence de certains services • Systèmes électroniques de prescription dans lesquels ces données pourraient être saisies	• Efficacité : Les gens subissent-ils des examens, des interventions chirurgicales ou d'autres traitements qui ne sont pas nécessaires? • Pratiques exemplaires : Les gens reçoivent-ils des soins fondés sur des pratiques exemplaires, p. ex., les recommandations du CCOTS?

1.4 Secteur hospitalier

Hôpitaux de soins actifs : résumé à l'intention des conseils, des chefs de la direction, des hauts dirigeants et des responsables cliniques

En vertu de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, les hôpitaux de l'Ontario sont tenus de présenter des plans annuels de l'amélioration de la qualité. Ces plans décrivent les domaines qui doivent être améliorés en priorité et les objectifs numériques qui doivent être atteints pendant l'exercice financier. Les hôpitaux sélectionnent des indicateurs parmi une liste standard et peuvent en ajouter d'autres s'ils le souhaitent. Cette section résume les progrès réalisés dans les domaines les plus souvent sélectionnés dans les plans d'amélioration de la qualité.

THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
1. LES BONS SOINS AU BON ENDROIT – ANS (SECTION 6)	• En Ontario, les personnes nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS) représentent 17 % des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins actifs, soit environ une personne sur six. Ce problème s'est aggravé depuis cinq ans, devenant une priorité à régler d'urgence en Ontario.	• Sommes-nous capables d'identifier plus rapidement les personnes susceptibles de nécessiter d'autres niveaux de soins (ANS), de façon à ce qu'elles puissent recevoir des soins à domicile avant que leur santé ne se détériore? • Utilisons-nous les ressources de réadaptation pour aider les patients à recouvrer leurs fonctions et à retourner chez elles pour qu'elles puissent vivre de la façon la plus autonome possible? • Collaborons-nous avec les CASC pour appliquer la stratégie Chez soi avant tout? • Collaborons-nous avec d'autres intervenants pour promouvoir des modèles de logement avec services de soutien ou des options similaires pour les personnes de santé fragile? • Quels services devons-nous créer dans la collectivité ou dans les foyers de SLD pour mieux servir les patients ANS?
2. HOSPITALISATIONS POUR LES AFFECTIONS POUVANT ÊTRE PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE SOINS AMBULATOIRES ET RÉADMISSIONS (SECTION 3)	• Au cours des sept dernières années, on a constaté une augmentation régulière du taux d'hospitalisations pour de nombreuses maladies chroniques, qui auraient pu être évitées grâce à de meilleurs soins primaires. Les maladies les plus communes sont les insuffisances cardiaques congestives (ICC) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Le taux enregistré en Ontario est maintenant moins élevé que dans la plupart des autres provinces, mais plus élevé que dans certaines régions du Canada. Il y a encore des améliorations à faire. • Les réadmissions sont fréquentes. Environ une personne sur cinq est réadmise en moins d'un mois pour des affections communes, comme l'ICC ou les MPOC. Les choses ont peu évolué ou stagné ces dernières années, sauf pour les crises cardiaques, pour lesquelles les taux de réadmissions ont diminué considérablement.	• Sommes-nous capables de collaborer avec les fournisseurs de soins primaires pour améliorer les méthodes de prévention et de gestion des maladies chroniques de façon à ce que les gens soient moins souvent hospitalisés? • Identifions-nous les personnes les plus susceptibles d'être réadmises et planifions-nous les congés des patients à l'avance? • Faisons-nous en sorte que les patients disposent de tous les renseignements dont ils ont besoin lorsqu'ils réintègrent leur domicile? • Lorsque les patients les plus susceptibles d'être réadmis quittent l'hôpital, avons-nous prévu un rendez-vous avec leur médecin de famille, des services de soins à domicile ou un spécialiste? • Le dossier médical est-il transmis rapidement au médecin de famille lorsque le patient quitte l'hôpital?
3. CONGÉ DES PATIENTS/ TRANSITIONS (SECTION 8)	• Bon nombre de patients n'obtiennent pas l'information dont ils ont besoin lorsqu'ils quittent l'hôpital ou les urgences. Seulement la moitié des patients des urgences savent quels sont les symptômes à surveiller lorsqu'ils retournent chez eux et ils sont seulement six sur dix à savoir qui appeler s'ils ont besoin d'aide. Environ la moitié des patients hospitalisés ne savent pas quand ils peuvent reprendre leurs activités quotidiennes. Bien que la moitié des patients sache comment prendre ses médicaments, un tiers environ ne connaît pas les effets secondaires à surveiller.	• Fournissons-nous systématiquement des instructions écrites à tous nos patients lorsqu'ils quittent l'hôpital? • Donnons-nous aux patients et aux familles la possibilité de poser des questions? • Faisons-nous le nécessaire pour qu'un rendez-vous de suivi documenté soit pris en temps voulu avec le fournisseur de soins primaires si cela est nécessaire? • Le transfert entre le médecin qui s'est le plus occupé du patient à l'hôpital et le fournisseur de soins primaires se fait-il de « façon cordiale et chaleureuse»? • Avons-nous eu l'idée d'appeler le patient après sa sortie de l'hôpital? • Avons-nous eu l'idée de faire appel à des personnes chargées d'orienter les patients ou à des gestionnaires de cas?
4. TEMPS D'ATTENTE AUX URGENCES (SECTION 2)	• Le total des heures passées par les patients aux urgences a diminué légèrement (d'environ une demi-heure) au cours des trois dernières années, mais est encore trop élevé – 11,5 et 4,4 heures pour les personnes ayant besoin de soins complexes et peu complexes respectivement. L'objectif provincial est de 8 et 4 heures respectivement.	• Orientons-nous les personnes qui n'ont pas besoin de recevoir de soins à l'hôpital au bon endroit le plus rapidement possible? (Questions ci-dessus concernant les ANS.) • Appliquons-nous les techniques d'amélioration du processus LEAN pour rationaliser les procédés aux urgences? • Avons-nous envisagé d'orienter les cas non urgents vers d'autres services plus appropriés? Informons-nous les gens au sujet des cabinets de soins primaires, des cliniques communautaires et des services de renseignements médicaux après les heures? • Pouvons-nous collaborer avec d'autres intervenants pour améliorer les services de soins primaires et faire en sorte que les patients se rendent moins souvent aux urgences?

THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
5. TEMPS D'ATTENTE POUR LES SPÉCIALISTES, LES CHIRURGIES, LES TOMODENSITOMÉTRIES/IRM (SECTION 2)	• Les délais avant de voir un spécialiste sont trop longs. En Ontario, près de la moitié des adultes malades ont attendu quatre semaines ou plus avant de voir un spécialiste. L'Ontario et le Canada sont à égalité avec la Norvège parmi une liste de 11 pays pour les délais d'attente avant de voir un spécialiste. • Les attentes pour les tomodensitométries/IRM se sont améliorées. Elles ont diminué de moitié par rapport à il y a trois ans et pour 90 % des personnes ayant passé un tel examen, l'attente est inférieure à quatre semaines. Les attentes pour les IRM ont beaucoup diminué l'an dernier, soit de 25 %. • Les délais pour de nombreuses interventions chirurgicales ont accusé de fortes baisses par rapport à 2005 et à 2009. Cependant, la situation s'est dégradée légèrement (d'environ trois semaines) pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les opérations de la cataracte. • Alors que la vaste majorité des interventions non urgentes est réalisée dans les délais prévus, beaucoup de cas urgents ne sont pas traités en temps voulu – par exemple, environ le tiers des chirurgies urgentes du cancer et des arthroplasties de la hanche et du genou n'est pas réalisé dans les délais recommandés.	• Utilisons-nous des critères de pertinence pour nous assurer que les patients ont vraiment besoin d'une intervention chirurgicale ou d'un examen? • Les attentes sont-elles attribuables à des processus de transmission inefficaces, à une mauvaise communication ou à l'absence de processus normalisé • Pouvons-nous accroître la capacité pour les services associés aux interventions chirurgicales, par exemple dans l'unité de soins intensifs? • Utilisons-nous des systèmes de prise de rendez-vous par voie électronique afin d'assurer que tous les renseignements pertinents sont saisis avant de prendre rendez-vous? • Avons-nous envisagé de centraliser les systèmes de prise de rendez-vous qui pourraient diriger les patients vers les endroits où les attentes sont les moins longues? • Surveillons-nous les principaux paramètres des processus (début et arrêt des soins en temps voulu) afin de maximiser notre efficacité et d'accroître notre capacité? • Évaluons-nous l'offre et la demande pour savoir si elles sont équilibrées? • Avons-nous déjà organisé des opérations éclairs pour éliminer les attentes – p. ex., en augmentant temporairement le nombre d'interventions jusqu'à élimination complète des listes?
6. INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DÉCÈS (SECTION 4)	• L'Ontario a fait des progrès pour réduire les infections nosocomiales. L'hygiène des mains avant le contact avec les patients s'est améliorée ces trois dernières années, le taux étant passé de 53 % à 72 %. Les infections dévastatrices, comme les pneumonies sous ventilation assistée (PVA) et les d'infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) diminuent régulièrement. Malheureusement, les taux d'infections à *C. difficile* ont augmenté légèrement l'an dernier, effaçant les gains des années précédentes. Les hôpitaux doivent continuer d'appliquer les méthodes établies de contrôle des infections. • Le taux de décès chez les personnes hospitalisées diminue. La majorité des hôpitaux ont constaté une réduction de leur ratio normalisé de mortalité hospitalière, qui examine les décès attribuables aux affections les plus communes entraînant une hospitalisation. En particulier, il y a une baisse impressionnante du taux de décès après une crise cardiaque et un AVC. Il y a encore probablement des améliorations à faire.	• Dans quelle mesure suivons-nous les protocoles de soins pour éviter les infections nosocomiales et réduire le nombre de décès? • Utilisons-nous des organigrammes normalisés pour nous assurer que les pratiques exemplaires importantes incluses dans chaque protocole sont appliquées systématiquement et dans le bon ordre? • Vérifions-nous souvent si les procédures d'hygiène des mains sont bien observées (plus qu'une fois par an seulement) et informons-nous le personnel des résultats de ces vérifications (mensuellement ou trimestriellement, par service ou par groupe de fournisseurs)? • Les postes de lavage des mains sont-ils bien situés, toujours approvisionnés et utilisés? • Encourageons-nous les patients à demander aux fournisseurs s'ils se sont lavé les mains? • Utilisons-nous régulièrement des listes de vérification, des prescriptions ou des protocoles normalisés pour nous fier le moins possible à notre mémoire? Le cas échéant, vérifions-nous vraiment la façon dont nous utilisons ces outils et s'ils sont efficaces? • Prônons-nous une culture de sécurité, où les gens se sentent libres de prendre la parole s'ils décèlent un problème? Encourageons-nous les patients à poser des questions sur la sécurité?
7. EXPÉRIENCE DES PATIENTS (SECTION 5)	• Les possibilités d'améliorer l'expérience des patients en termes de communication, de participation aux décisions et de coordination des soins sont importantes. Environ une personne hospitalisée sur trois n'obtient pas des réponses compréhensibles à ses questions.	• Utilisons-nous certaines méthodes, comme demander aux patients de répéter toute l'information qui leur a été donnée pour vérifier s'ils l'ont bien comprise? • Avons-nous des interprètes pour les personnes qui parlent d'autres langues? • Offrons-nous à nos employés une formation dans le domaine du service à la clientèle axé sur les soins cliniques et des compétences culturelles?
8. DÉFICITS DES HÔPITAUX (SECTION 6)	• Près d'un hôpital sur quatre a affiché un déficit pendant l'exercice 2010-2011. Comparativement à l'année précédente, le nombre d'hôpitaux déficitaires a diminué de 15%. La plus forte baisse a été enregistrée parmi les grands hôpitaux communautaires.	• Bien que la première réaction face à un déficit consiste à réduire les services, la direction de l'hôpital a-t-elle étudié attentivement toutes les sources de gaspillage dans le système et établi des plans ambitieux pour les éliminer (p. ex., examens ou services inutiles et gaspillage de personnel, d'espace, de fournitures ou de matériel)?
9. TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION (TI) (SECTION 7)	• Les hôpitaux ontariens progressent régulièrement en ce qui concerne la mise en œuvre de la technologie de l'information. Désormais, presque tous les hôpitaux traitent les images de diagnostic para voie électronique. Toutefois, la communication entre les hôpitaux et les autres établissements médicaux est toujours mauvaise; ainsi, ils sont seulement 21 % à pouvoir communiquer les recommandations par voie électronique.	• Nos systèmes peuvent-ils se connecter aux pharmacies, aux laboratoires, aux hôpitaux et à d'autres fournisseurs? • Quels sont les indicateurs de rendement que nos systèmes de TI surveillent ou ne surveillent pas? Quels sont les indicateurs qu'il faudra surveiller à l'avenir? À quelle vitesse cette information peut-elle être communiquée aux fournisseurs?

1.5 Soins primaires

Soins primaires : résumé à l'intention des fournisseurs de soins primaires, des dirigeants et des décideurs

Les cabinets de soins primaires sont la pierre angulaire et le point d'entrée du système de santé et l'endroit où la plupart des services de santé sont prescrits et coordonnés. Les soins primaires se concentrent sur les services de promotion de la santé, de prévention des maladies et des blessures, et sur le diagnostic, l'évaluation, le traitement et la gestion des maladies chroniques. Les Ontariennes et Ontariens doivent pouvoir accéder pleinement à des soins primaires de qualité pour se maintenir en bonne santé.

THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
1. ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES (SECTION 2)	• Les délais avant de voir un médecin de soins primaires sont encore trop longs. Seulement la moitié des adultes très malades ont pu voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain lorsqu'ils en ont eu besoin. Le Royaume-Uni a investi considérablement dans la formation du personnel des cabinets de soins primaires afin d'instaurer l'accès ouvert et d'aider les fournisseurs à mieux gérer leurs listes d'attente. Affiche les meilleurs résultats pour les adultes en mauvaise santé qui auraient pu voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain : 79 %.	• Utilise-t-on et prône-t-on des modèles d'efficacité et de prise de rendez-vous dans les cabinets, comme l'accès ouvert, pour leur permettre d'améliorer l'accès aux soins primaires? • Surveillons-nous les attentes et la demande de rendez-vous pour que celle-ci corresponde à l'offre? • Prônons-nous des modèles de soins primaires facilitant l'accès aux soins après les heures? • Travaillons-nous en équipe? Utilisons-nous pleinement les capacités de tous les membres de l'équipe? • Établissons-nous dans les ententes de responsabilisation conclues avec les fournisseurs de services des objectifs concernant la durée des délais?
2. GESTION DES MALADIES CHRONIQUES (SECTION 3)	• Il y a quelques signes d'amélioration dans la gestion des maladies chroniques. Les complications dues au diabète, p. ex., crises cardiaques, AVC, amputations et défaillances rénales, diminuent. L'utilisation de médicaments recommandés, comme les statines pour le contrôle du cholestérol, et les IECA/ARA et les bêta-bloquants, augmente généralement, bien que lentement. Néanmoins, il y a encore des améliorations à faire. Davantage de personnes pourraient prendre ces médicaments, et beaucoup de diabétiques ne se font pas régulièrement examiner les pieds et les yeux. Bon nombre de personnes atteintes de maladies chroniques continuent de fumer, de ne pas s'alimenter correctement et de ne pas faire d'exercices physiques, et les taux d'obésité augmentent.	• Utilisons-nous des méthodes comme les organigrammes pour nous rappeler toutes les pratiques exemplaires qui doivent être utilisées? • Si nous avons un DME, contient-il des données sur le pourcentage de nos patients qui prennent les bons médicaments et ont passé les tests appropriés? • Connaissons-nous les soutiens communautaires offerts à nos patients pour les aider à mener des vies saines? • Les patients se sont-ils donné des objectifs pour être en meilleure santé? Connaissent-ils les objectifs à atteindre pour bien contrôler leur maladie (p. ex., pression sanguine <130/80 pour le diabète, ou A1C <7)? Les a-t-on dirigés vers un programme d'autogestion des maladies chroniques?
3. EXPÉRIENCE DES PATIENTS (SECTION 5)	• Environ un adulte malade sur quatre n'a pas la possibilité de poser suffisamment de questions ou de participer aux décisions sur les soins. Environ un adulte malade sur trois ne pense pas qu'une personne coordonne toujours les soins qu'ils reçoivent d'autres médecins ou dans d'autres établissements.	• Donnons-nous aux patients et aux familles le temps de poser des questions? • Prônons-nous des sondages normalisés sur l'expérience des patients pour avoir leur point de vue et leurs commentaires sur les services reçus? • Tirons-nous le meilleur parti des sources d'information pour informer les patients des diverses options de traitement à leur disposition? • Avons-nous des systèmes intégrés d'information sur la santé qui permettent le partage des renseignements sur les patients et la coordination des soins?

THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
4. TRANSITIONS (SECTION 8)	• Environ un patient sur trois ayant des problèmes de santé mentale de font pas l'objet d'une consultation de suivi dans les 30 jours qui suivent leur sortie.	• Organisons-nous notre emploi du temps de façon à recevoir en priorité les patients qui sortent de l'hôpital? • Collaborons-nous avec l'hôpital local afin de nous assurer qu'il existe un processus fiable pour prévenir les cabinets de soins primaires lorsque les patients sont admis à l'hôpital et en sortent? • Existe-t-il un processus pour évaluer les risques et prioriser les patients en mauvaise santé pour des consultations de suivi?
5. COMPORTEMENTS NUISIBLES POUR LA SANTÉ (SECTION 9)	• L'Ontario a fait de grands progrès au chapitre du tabagisme depuis dix ans, mais il n'y a pas d'amélioration en ce qui concerne l'activité physique ou la consommation de fruits et de légumes, tandis que le taux d'obésité augmente graduellement. Il y a encore des améliorations à faire; la Colombie-Britannique enregistre de meilleurs résultats que l'Ontario dans beaucoup de ces domaines.	• Demandons-nous à nos patients s'ils ont cessé de fumer à chaque visite? Avons-nous une liste de toutes les aides à la cessation du tabagisme offertes dans notre localité pour nos patients? • Encourageons-nous les gens à modifier leur style de vie en se donnant des objectifs? • Prônons-nous des aliments sains dans les écoles et les restaurants, et facilitons-nous l'accès aux programmes d'activité physique?
6. MESURES DE PRÉVENTION (SECTION 9)	• Il y a encore des améliorations à faire au chapitre des mesures de prévention. Plus d'un tiers des personnes âgées ne s'est pas fait vacciner contre la grippe, soit une réduction de dix points de base par rapport à 2005, année où l'Ontario a enregistré sa meilleure performance. Environ un tiers des femmes admissibles continue de ne pas faire de mammographie et près d'une femme sur quatre ne fait pas de test Pap dans les délais recommandés. Les taux de dépistage du cancer colorectal ont augmenté ces dernières années, mais il y a encore des progrès à faire pour atteindre l'objectif provincial de 40 %.	• Utilisons-nous des organigrammes pour nous rappeler toutes les mesures de prévention qui doivent être prises pendant les examens médicaux périodiques? • Utilisons-nous des registres pour rappeler aux patients les services de prévention et les soins de suivi qui leur sont offerts? • Facilitons-nous l'accès aux vaccinations en dehors des cabinets de soins primaires? • Prône-t-on des modèles de paiements qui établissent des attentes pour que les fournisseurs de soins prescrivent des tests de dépistage et en assurent le suivi?
7. ÉQUITÉ (SECTION 10)	• En Ontario, les populations vulnérables continuent d'avoir de la difficulté à mener des vies saines, de recourir aux services de prévention moins souvent et d'être en moins bonne santé. Les personnes à faible revenu et peu instruites sont les plus vulnérables.	• Comment pouvons-nous améliorer la communication avec les personnes à faible revenu ou peu instruites pour les encourager à mener des vies plus saines ou à faire des tests de dépistage? Quels obstacles devons-nous surmonter – différences culturelles, analphabétisme, manque de transport, heures d'ouverture, lieu des services? • En ce qui concerne les groupes à faible revenu, avons-nous envisagé d'éliminer les obstacles associés au coût des activités sportives et des programmes de loisirs, des aliments nutritifs et des thérapies de substitution de la nicotine? • Aidons-nous les immigrants sur la façon de trouver des soins primaires et des services de prévention? Ces services sont-ils offerts dans une langue et de façon compréhensible?

1.6 Soins à domicile

Soins à domicile : résumé à l'intention des responsables, du personnel et des clients des soins à domicile et des soins communautaire

Les services de soins à domicile aident les personnes ayant des problèmes médicaux, cliniques et psychosociaux complexes, qui ont de la difficulté à se prendre en charge, et leur permettent de vivre en toute autonomie chez eux. En Ontario, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) fournissent des services d'évaluation et de coordination des soins, et organisent des soins infirmiers et des services de soutien personnel, de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de travail social, des conseils en matière de nutrition et la prestation de fournitures et de matériel médical connexe. Pour aider les clients des soins à domicile, les CASC collaborent étroitement avec les fournisseurs de soins primaires et les services de soutien communautaires. L'information ci-dessous sur la qualité des soins à domicile pour les clients de longue durée des CASC traite des domaines qui nécessitent des améliorations et des solutions envisageables.

THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
1. ATTENTES POUR LES SOINS À DOMICILE (SECTION 2)	• Après une hospitalisation, neuf clients des soins à domicile sur dix reçoivent leurs premiers soins à domicile dans les sept jours qui suivent la sortie de l'hôpital, tandis que ceux qui n'ont pas été hospitalisés attendent neuf jours.	• Nous impliquons-nous dès le début de l'hospitalisation afin de faciliter la transition en temps voulu vers les soins à domicile? • Dépistons-nous les adultes non hospitalisés qui ont besoin de soins à domicile avant qu'il ne leur soit de plus en plus difficile de rester chez eux? • Les clients potentiels des soins à domicile sont-ils conscients de tous les types de soutien auxquels ils ont droit? • L'information fournie aux clients est-elle bien coordonnée au sein du secteur des soins à domicile et entre secteurs afin de faciliter l'accès en temps voulu aux services?
2. ACCÈS AUX SLD (SECTION 6)	• Le délai médian avant un placement dans un foyer de SLD est de 113 jours, ce qui est trop long. Dans le même temps, plus d'une personne sur cinq admise dans un foyer de SLD n'a pas des besoins élevés ou très élevés, ce qui signifie qu'on pourrait s'occuper de ces personnes ailleurs. Cet indicateur s'est amélioré ces deux dernières années, mais il y a encore des améliorations à faire.	• Connaissons-nous d'autres options que les SLD pour les personnes qui n'ont pas besoin de toute la gamme de services offerte dans les foyers de SLD et y avons-nous recours? Davantage de personnes pourraient-elles bénéficier d'un plus grand nombre de services de soins à domicile, ou de programmes de jour, d'exercice ou de réadaptation, ou de logements avec services de soutien, qui leur permettraient de vivre de façon autonome, mais dans des complexes offrant un certain nombre de soins sur place?
3. CHUTES (SECTION 4)	• Plus d'un client des soins à domicile sur quatre a indiqué avoir fait une chute au cours des 90 jours précédents. La situation s'est détériorée légèrement au cours des deux dernières années.	• Procédons-nous régulièrement et constamment à des évaluations des risques de chute? • Procédons-nous systématiquement à des évaluations des conditions de sécurité? Vérifions-nous si le domicile est bien éclairé? Installons-nous systématiquement des dispositifs de sécurité (p. ex., barres d'appui) et ces dispositifs sont-ils régulièrement utilisés? • Encourageons-nous l'utilisation d'aides à la mobilité (p. ex., déambulateurs) et vérifions-nous si elles sont bien utilisées? • Les clients à risque élevé font-ils des exercices ou reçoivent-ils des soins de physiothérapie et(ou) de réadaptation pour se muscler et avoir un meilleur équilibre? • Les clients prennent-ils des médicaments ayant des effets secondaires et susceptibles d'accroître les risques de chute? Collaborons-nous avec les fournisseurs de soins primaires pour nous assurer que les traitements médicamenteux sont examinés régulièrement et que les personnes susceptibles de faire des chutes prennent de la vitamine D et du calcium? • Faisons-nous examiner la vue des clients? • Vérifions-nous systématiquement la raison des chutes et faisons-nous le nécessaire pour y remédier?

THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
4. PLAIES DE PRESSION (SECTION 4)	• 7,9 % des clients des soins à domicile ont développé une nouvelle plaie de pression ou avaient une plaie de pression qui s'est aggravée (stade 2 à 4) au cours des six mois précédents. Ce taux ne s'est pas amélioré au cours des dernières années.	• Les clients des soins à domicile susceptibles de développer une plaie de pression sont-ils examinés rapidement? Les évaluations des risques sont-elles régulièrement mises à jour? • Les travailleurs du secteur des soins à domicile ont-ils reçu la formation nécessaire pour déceler les signes précoces de plaie de pression? Examinent-ils les clients régulièrement pour détecter ces signes? • Les clients à risque élevé reçoivent-ils des protections ou des matelas spéciaux pour éviter que des plaies ne se développent sur les points de pression?
5. INCONTINENCE URINAIRE (SECTION 3)	• L'état de plus de la moitié des clients des soins à domicile ne se s'est pas amélioré ou une détérioration de la fonction vésicale a été constatée récemment par rapport à l'évaluation précédente. La situation s'est aggravée au cours des dernières années.	• Existe-t-il un processus normalisé de dépistage et d'évaluation des problèmes d'incontinence? • Présentons-nous des protocoles « d'incitation à la miction » aux clients des soins à domicile? Le nombre de personnes formées pour enseigner cette technique est-il suffisant? • Collaborons-nous avec les fournisseurs de soins primaires pour identifier les personnes pouvant bénéficier d'une intervention chirurgicale pour traiter l'incontinence?
6. BLESSURES (SECTION 4)	• Plus d'un client des soins à domicile sur dix a signalé des blessures inexpliquées examinées durant les 90 derniers jours; néanmoins, ces événements ne sont pas toujours signalés ou dévoilés, ce qui signifie que ce taux est sans doute artificiellement bas. Il n'y a pas de changement depuis deux ans.	• Vérifions-nous les risques présents dans le domicile (p. ex., température de l'eau, prises électriques dangereuses et encombrements)? • Les soignants naturels ou professionnels connaissent-ils les signes de blessure? Ont-ils accès à des ressources portant sur le sujet?
7. CONTRÔLE DE LA DOULEUR (SECTION 3)	• Plus d'un tiers des personnes recevant des soins à domicile souffrent de douleurs quotidiennes – suffisamment intenses pour les empêcher de s'adonner à leurs activités. La situation s'est aggravée au cours des dernières années.	• Les clients des soins à domicile font-ils l'objet d'évaluations précises de la douleur? Le personnel a-t-il suivi une formation pour reconnaître la douleur, même chez les personnes atteintes de démence ou qui ont de la difficulté à communiquer? • Collaborons-nous avec les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes de la douleur à l'élaboration de protocoles de gestion de la douleur?
8. FARDEAU SUR LES SOIGNANTS DES CLIENTS DES SOINS À DOMICILE (SECTION 7)	• Près d'un soignant sur quatre des clients des soins à domicile éprouve de la détresse et(ou) est incapable de poursuivre son activité professionnelle. La situation s'est détériorée au cours des deux dernières années.	• Quels sont les soutiens offerts dans la collectivité aux soignants qui s'occupent des clients des soins à domicile? • Les soignants savent-ils qu'il existe des programmes de relève et des programmes de jour à l'intention des clients aux soins à domicile? • Les programmes destinés aux soignants sont-ils accessibles aux personnes qui s'occupent des clients des soins à domicile?

1.7 Soins de longue durée

Soins de longue durée : résumé à l'intention des dirigeants et du personnel des foyers de SLD, des résidents et des familles

En Ontario, les foyers de soins de longue durée (SLD) fournissent des services de soutien personnel, de supervision, et de soins infirmiers et médicaux à plus de 76 000 personnes partout dans la province. Les admissions dans les foyers de SLD sont fondées sur les besoins et sont coordonnées par les centres d'accès aux soins communautaires. Pour veiller sur la santé des résidents et préserver leur autonomie du mieux que possible, les foyers de SLD offrent une vaste gamme de soins et de services, dont des soins infirmiers, des traitements médicaux, des services de physiothérapie et de réadaptation, des régimes et aliments spéciaux, et de thérapie récréative. Offrir aux résidents des soins sécuritaires, efficaces et compassionnels dans un cadre familial est propice à une qualité de vie positive.

THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
1. ATTENTES POUR LES SLD ET PLACEMENTS (SECTION 2)	• Le délai médian avant un placement dans un foyer de SLD est de 113 jours, soit près de quatre mois, ce qui est trop long. Les temps d'attente se sont stabilisés (ils ont cessé d'augmenter) au cours des deux dernières années, mais sont encore trop longs. Puisque les délais sont près de quatre fois plus longs qu'au printemps 2005, il y a encore beaucoup d'améliorations à faire. Dans le même temps, plus d'une personne sur cinq admise dans un foyer de SLD n'a pas des besoins élevés ou très élevés, ce qui signifie qu'on pourrait s'occuper de ces personnes ailleurs.	• Élaborons-nous d'autres options que les SLD pour les personnes qui n'ont pas des besoins élevés ou très élevés? Ces personnes pourraient-elles bénéficier d'un plus grand nombre de services de soins à domicile, ou de programmes de jour, d'exercice ou de réadaptation, ou de logements avec services de soutien? • Y a-t-il suffisamment de foyers spécialisés pour répondre aux besoins de la population de l'Ontario? Avons-nous besoin de plus de foyers tenant compte des spécificités culturelles ou de foyers équipés pour traiter des affections particulières, comme les troubles complexes du comportement?
2. CHUTES (SECTION 4)	• Un résident de foyer de SLD sur sept a fait une chute au cours du mois précédent*. • Au cours de l'année écoulée, un résident de foyer de SLD sur 40 a fait une chute qui l'a obligé de se rendre aux urgences. • La situation n'a pas évolué à cet égard par rapport à l'an dernier et la variation considérable du taux de chutes dans les foyers de SLD de l'Ontario indique qu'il y a probablement des améliorations à faire.	• Effectue-t-on des évaluations des risques de chute et ces évaluations sont-elles à jour? • Les résidents ont-ils régulièrement accès à des programmes d'exercice physique ou de physiothérapie pour préserver leur masse musculaire et leur équilibre? • Les foyers de SLD doivent créer des espaces de vie où leurs résidents peuvent évoluer en toute sécurité, p. ex., en éliminant les encombrements et en installant un bon éclairage? • Utilise-t-on du matériel de protection comme des lits hauts-bas ou des protecteurs de hanche? • Les médecins et le personnel infirmier des foyers de SLD se concertent-ils avec les pharmaciens pour savoir si les résidents prennent des médicaments susceptibles d'accroître les risques de chute? • Examine-t-on et corrige-t-on régulièrement la vue des résidents pour déterminer s'ils ont des problèmes (pouvant provoquer une chute)?
3. PLAIES DE PRESSION (SECTION 4)	• Près d'un résident de foyer de SLD sur 36 a développé une nouvelle plaie de pression ou avait une plaie de pression qui s'est aggravée au cours des trois mois précédents*.	• Les résidents les plus à risque de développer des plaies de pression sont-ils placés sur des matelas de mousse spéciaux à forte densité? • Comment les mécanismes de financement de ces matelas seront-ils revus pour que les foyers de SLD reçoivent des fonds avant que les plaies de pression se forment, et pas après? • Comment tous les membres du personnel, y compris les employés débutants ou temporaires, sont-ils formés pour reconnaître les signes précoces des plaies de pression avant que leur état ne s'aggrave? • Repositionne-t-on régulièrement les résidents immobiles?

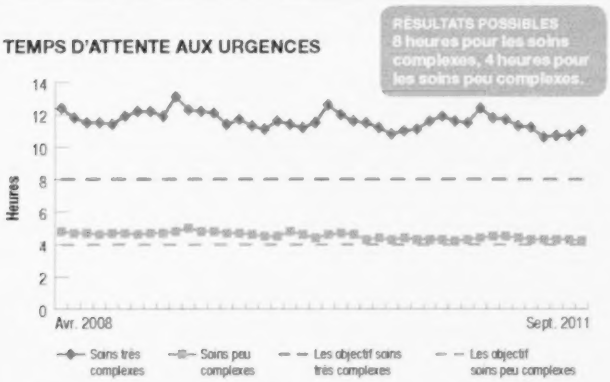
THÈME	FAITS IMPORTANTS	QUESTIONS CLÉS POUR LES DIRIGEANTS ET LE PERSONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ
4. MOYENS DE CONTENTION ET COMPORTEMENTS AGGRAVÉS (SECTION 4)	• Près d'un résident de foyer de SLD sur six a subi une contention physique*. Il n'y a pas eu de changement l'an dernier; on peut encore faire des améliorations. • Près d'un résident de foyer de SLD sur sept avait des comportements qui se sont aggravés pendant les trois derniers mois*. Il n'y a pas eu de changement l'an dernier.	• Le personnel des foyers de SLD et les familles des résidents reçoivent-ils des renseignements détaillés sur les risques associés aux moyens de contention (p. ex., chutes et plaies de pression)? • Utilise-t-on pleinement d'autres solutions que les moyens de contention? (Par exemple, des alarmes pour signaler les personnes qui errent, ou des lits hauts-bas au lieu de ridelles.) • Utilise-t-on des stratégies autres que les traitements médicamenteux pour gérer les comportements associés à la démence, p. ex., des programmes de musique et le toucher thérapeutique? Le foyer offre-t-il une gamme suffisamment vaste d'activités sociales et récréatives? • Étant donné que la douleur non diagnostiquée peut entraîner des problèmes de comportement, peut-on détecter des souffrances chez les personnes atteintes de démence ou qui ont de la difficulté à communiquer?
5. INCONTINENCE URINAIRE (SECTION 3)	• Environ un résident de foyer de SLD sur cinq a subi un déclin de sa fonction vésicale au cours des trois mois précédents*. Il n'y a pas eu de changement l'an dernier.	• Tirons-nous le meilleur parti de certaines stratégies comme l'incitation à la miction et l'appréhension du contrôle de la vessie pour aider les résidents à surmonter leurs problèmes d'incontinence? Le nombre de personnes formées pour enseigner cette technique est-il suffisant? • Identifie-t-on les résidents qui pourraient bénéficier d'une intervention chirurgicale pour traiter l'incontinence?
6. DOULEUR (SECTION 3)	• Environ un résident de foyer de SLD sur huit a ressenti des douleurs quotidiennes modérées à intenses au cours des trois mois précédents*. Il n'y a pas eu de changement l'an dernier.	• La douleur est-elle documentée comme si elle était le « cinquième signe vital »? Le personnel est-il formé pour reconnaître la douleur, même chez les personnes atteintes de démence ou qui ont de la difficulté à communiquer? • Utilise-t-on des protocoles normalisés de traitement de la douleur dans le foyer? Utilise-t-on la gamme complète de médicaments antidouleur, y compris des non-narcotiques (p. ex., nortriptyline et gabapentine, injections de stéroïdes)? • Les thérapies non médicamenteuses, comme la physiothérapie ou la massothérapie, sont-elles pleinement utilisées pour traiter la douleur?
7. AGGRAVATION DE LA DÉPRESSION (SECTION 3)	• Environ un résident sur quatre atteints de dépression a vu ses symptômes s'aggraver depuis la dernière évaluation*. Ces taux sont restés stables au cours de l'année écoulée.	• La gamme des activités sociales, récréatives, ludiques et physiques offertes est-elle suffisamment vaste? Les résidents sont-ils satisfaits de ces activités? • Les résidents ont-ils la possibilité de contribuer de façon significative à la vie de la collectivité? • Fait-on appel aux bénévoles ou les visites sont-elles encouragées? • A-t-on envisagé de recourir à la thérapie par les animaux? • Si les approches non médicamenteuses échouent, offre-t-on aux résidents des antidépresseurs?
8. VISITES AUX URGENCES ÉVITABLES (SECTION 4)	• 5,6 résidents des foyers de SLD sur 100 se sont rendus aux urgences l'an dernier pour des affections qui auraient pu être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires, c'est-à-dire des affections qui auraient pu être prévenues si la cause sous-jacente avait été traitée plus tôt.	• Existe-t-il des protocoles cliniques pour reconnaître et traiter les signes précoces d'une exacerbation des maladies chroniques avant que celles-ci ne s'aggravent davantage? • Y a-t-il des médecins pour examiner les résidents sur place lorsque cela est nécessaire? Sinon, peut-on demander à une infirmière ou à un infirmier praticien de le faire? Existe-t-il d'autres solutions que les examens sur place, p. ex., consultations à distance au moyen de services de télémédecine?

* Selon la moyenne mobile des quatre trimestres financiers précédents (12 mois).

2 | Temps d'attente aux urgences, accès aux soins primaires, aux soins de longue durée et aux soins à domicile

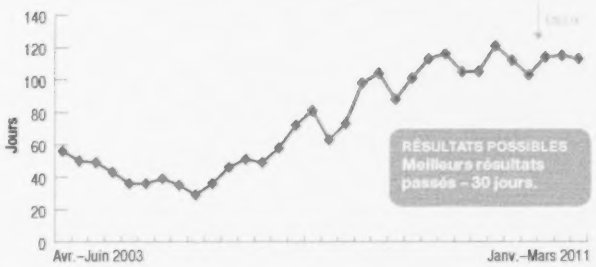
Le système de santé de l'Ontario doit faire en sorte que les gens puissent accéder en temps voulu aux soins de santé dont ils ont besoin pour obtenir les meilleurs résultats possible. Les Ontariennes et Ontariens doivent pouvoir consulter rapidement un professionnel de la santé capable de prodiguer des soins de prévention, de traiter les maladies aiguës, de gérer les maladies chroniques et de coordonner des recommandations. Les gens ne doivent pas attendre trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous afin d'éviter que leur état de santé ne s'aggrave et qu'ils ne se rendent aux urgences en dernier recours[1]. Une attente trop longue aux urgences peut compromettre la marge de sécurité des patients et accroître le risque de conséquences néfastes sur la santé[2]. On devrait faire en sorte que les personnes qui ont besoin de soins de longue durée (SLD) et de soins à domicile (SD) puissent accéder aux services rapidement pour obtenir le niveau approprié de soins, leur assurer en environnement sûr et leur permettre d'obtenir les soins personnels ou les services de réadaptation dont elles ont besoin pour fonctionner.

TEMPS D'ATTENTE AUX URGENCES



Le temps passé aux urgences a diminué légèrement ces trois dernières années, mais est encore trop long - 11,5 et 4,4 heures pour les patients nécessitant des soins très et peu complexes, compte tenu des objectifs provinciaux de 8 et 4 heures respectivement. Des mesures prises récemment pour réduire les temps d'attente aux urgences, dont le Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences[3] et un mécanisme de paiement en fonction du rendement pourraient avoir contribué à cette diminution. Toutefois, les hôpitaux doivent continuer de mettre en place des processus d'amélioration afin d'atteindre les objectifs provinciaux.

TEMPS D'ATTENTE AVANT L'ADMISSION DANS UN FOYER DE SLD



Lest temps d'attente avant un placement dans un foyer de SLD sont encore trop longs – près de quatre mois. Ils ont augmenté brusquement entre 2005 2006 et 2008-2009, mais se sont stabilisés (ont cessé d'augmenter) au cours des deux dernières années.

Accès aux soins primaires : Les temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de soins primaires sont encore beaucoup trop longs. Seulement la moitié des adultes très malades ont pu voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le jour suivant. Le Royaume-Uni a investi lourdement dans la formation des fournisseurs de soins primaires pour mettre en place un système d'accès ouvert et les aider à mieux gérer leurs listes d'attente. Il enregistre les meilleurs résultats, soit 79% d'adultes malades qui ont pu consulter le jour même ou le lendemain.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
TEMPS D'ATTENTE AUX URGENCES	90e percentile de temps d'attente aux urgences : – Soins très complexes – Soins peu complexes	11,5 heures* 4,4 heures*	Légère amélioration	8 heures (objectif du ministère) 4 heures (objectif du ministère).
	Personnes ayant quitté les urgences sans avoir été examinées	3,5 %*		Taux le plus bas possible.
	90e percentile de temps d'attente avant le premier examen	3,4 heures*		
ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES	% de personnes malades qui n'ont pas de médecin traitant ou d'établissement de soins	3,2 %***	s. o.	0 %, Pays-Bas.
	% de personnes malades qui ont pu voir un médecin ou une infirmière le même jour ou le jour suivant la dernière fois qu'elles ont été malades	50 %**	s. o.	79 %, R.-U.
	% de personnes malades indiquant qu'il est facile d'obtenir des soins médicaux le soir/la fin de semaine/les jours fériés sans devoir aller aux urgences	31 %**	s. o.	65 %, R.-U.
ACCÈS AUX SOINS DE LONGUE DURÉE ET À DOMICILE	Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD	113 jours†	Pas de changement depuis 2 ans	29 – Meilleurs résultats de l'Ontario (printemps 2005).
	90e percentile de temps d'attente entre la demande/la sortie de l'hôpital et les premiers soins à domicile, par endroit : – Collectivité – Hôpital	 9 jours†† 7 jours††	Pas d'amélioration	Taux le plus bas possible.

Source des données : *SNISA, données fournies par le MSSLD 2010/11, **Sondage international 2011 des adultes très malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, †Base de données sur le profil des clients des soins de longue durée, MSSLD, janv.-mars 2011. Les données tiennent compte des placements effectués en absence de crise; ††Base de données sur les congés des patients (BDCP), BDSD, BDPI, 4e trimestre d'exercice 2010-2011, données fournies par l'IRSS.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Temps d'attente aux urgences :			
Mesure/Rétroaction : Envisager d'utiliser des **systèmes d'information sur les urgences** capables de déceler les sources exactes de retard, de signaler quand les résultats d'un examen sont prêts et de suivre les améliorations. Certains systèmes utilisent des cartes d'identification par radiofréquence pour suivre les mouvements des patients[4]. Grâce au **système de suivi électronique des lits**, le service des urgences est immédiatement informé quand un lit est disponible pour un patient qui doit être hospitalisé[5].			●
Processus : Créer des **zones désignées** pour différents types de patients (p. ex., zones d'évaluation accélérée, unités d'observation), car la spécialisation peut améliorer l'efficacité[6]. Utiliser les techniques **d'amélioration du processus LEAN** pour simplifier les processus, réduire les délais de traitement dans les laboratoires ou d'autres services. Envisager d'assouplir les **emplois du temps des médecins et du personnel** de façon à recruter du personnel supplémentaire en période de pointe ou de forte hausse de la demande. **Répartir** les interventions chirurgicales non urgentes et les sorties pendant la semaine. Ces tendances (p. ex., davantage de sorties le vendredi, quelques-unes en fin de semaine) peuvent entraîner des variations dans la durée des attentes aux urgences [7,8].			●
Participation des patients : Utiliser des **instructions écrites pour les sorties** ou demander aux patients de « **répéter** » les instructions pour voir s'ils les ont bien comprises et réduire les retours aux urgences (voir la section 3 - Gestion des maladies chroniques). Aider les patients des urgences sans médecin de famille à en trouver un et les orienter vers des services comme Accès Soins[9]. **Aux urgences, identifier les patients dont les besoins ne sont pas satisfaits** (p. ex., les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou les personnes âgées frêles et les diriger vers d'autres services, p. ex., services de soins psychiatriques ou soins à domicile. Au besoin, encourager les patients à utiliser les **services après les heures de bureau** (p. ex., équipes de santé familiale, centres de soins d'urgence)[10].	●		●
Accès aux soins primaires :			
Mesure/Rétroaction : Idéalement, les cabinets de soins primaires devraient **surveiller les temps d'attente** et la demande de rendez-vous et s'assurer qu'elle n'excède pas le nombre réel de rendez-vous disponibles. En Alberta, tous les DME approuvés doivent suivre cette information[11].		●	●
Processus – Prévoir des processus comme l'accès ouvert et l'efficacité : Appliquer le principe d'accès ouvert qui consiste à suivre la demande et l'offre de rendez-vous, à apparier l'offre et la demande, à modifier la demande et l'offre, à mettre en place des plans d'urgence, à réduire les délais[12]. Améliorer l'efficacité et éliminer les consultations inutiles ou les pertes de temps dans le cabinet afin d'accroître le nombre d'heures consacrées aux consultations justifiées. Envisager de régler les questions au téléphone, de déléguer les tâches à d'autres membres de l'équipe, d'améliorer l'agencement du cabinet pour réduire les déplacements ou d'aménager les salles sur le même modèle pour ne pas de perdre du temps à chercher les fournitures[13].		●	
Incitatifs : Envisager d'instaurer des **conventions ou contrats de responsabilisation** énonçant des objectifs de réduction des temps d'attente. Les centres de santé communautaires ont conclu avec les RLISS des conventions de responsabilisation relatives au « troisième rendez-vous disponible »[14]. Les équipes de santé familiale et d'autres modèles de soins sont censés fournir des services après les heures.		●	
Participation des patients : Expliquer aux patients quand ils doivent ou non consulter un médecin. **Régler les questions au téléphone ou par courriel** pour réduire le nombre de consultations au cabinet. Permettre aux patients **de prendre rendez-vous en ligne**. Diriger les patients sans médecin de soins primaires vers le **service Accès soins** afin de les aider à trouver un fournisseur de soins de santé[15].	●		
Accès aux soins de longue durée et aux soins à domicile :			
Voir les stratégies pour réduire le nombre de jours « autres niveaux de soins » (section 6).			

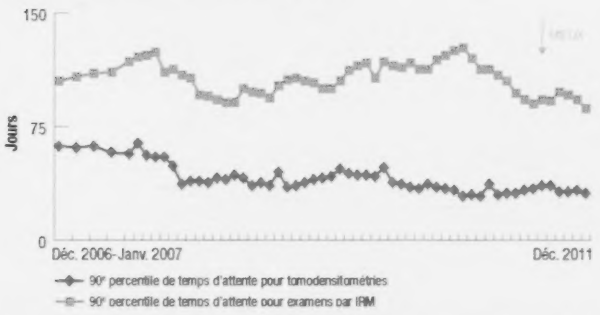
* Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'améliorations :** QSSO offre des outils, ressources et conseils aux équipes de soins primaires afin de réduire les temps d'attente et d'améliorer les processus (voir www.hqolc.ca). L'initiative Accès ouvert et efficacité des soins primaires en est maintenant à sa quatrième édition; 200 équipes y ont participé en 2011-2012. Au cours des trois années précédentes, 217 cabinets de médecine familiale ont aussi reçu ce type de soutien.
- Le **Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences** arrive au terme de sa quatrième et dernière édition. Cette initiative, lancée en 2009, a aidé 61 salles des urgences à mettre en œuvre les initiatives d'amélioration des processus susmentionnées avec l'aide d'experts et au moyen d'outils pratiques (voir www.patientflowtoolkit.ca).
- **Les équipes de santé familiales** (ESF) ont été créées en 2005 dans le cadre de la stratégie de l'Ontario visant à améliorer l'accès aux soins primaires, la gestion des maladies chroniques et la promotion de la santé. Ces équipes comprennent des médecins, des infirmières et infirmiers praticiens, du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé, comme des diététistes, travailleurs sociaux ou pharmaciens. Les patients des ESF peuvent consulter une infirmière après les heures grâce au Service téléphonique d'aide médicale (1 866 553-7205). 200 équipes de santé familiale ont été créées et servent maintenant des patients[16].

2 | Temps d'attente pour les traitements et l'accès aux spécialistes

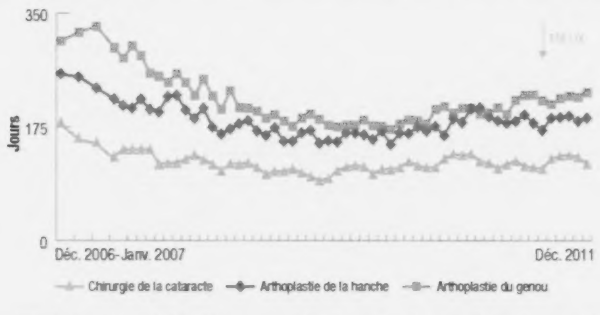
Lorsque les gens vont mal, ils doivent parfois consulter un spécialiste, ou avoir besoin d'une intervention chirurgicale, de soins ou d'examens spécialisés. Lorsque le délai est trop long pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, l'état de la personne peut s'aggraver, celle-ci peut souffrir de stress ou d'anxiété[17], ou ses douleurs risquent de s'intensifier en attendant que ses symptômes soient traités. Si la personne attend pour une intervention chirurgicale, celle-ci risque d'être beaucoup plus sérieuse ou l'état du patient peut s'aggraver. De longs délais pour les arthroplasties peuvent entraîner une détérioration des fonctions physiques et une intensification de la douleur[18,19]. Des délais excessifs pour les interventions coronariennes peuvent se traduire par un risque accru d'infarctus du myocarde à répétition, voire de mortalité[20].

90E PERCENTILE DE TEMPS D'ATTENTE POUR LES TOMODENSITOMÉTRIES ET LES IRM



Les temps d'attente pour les IRM ont diminué de 25 % l'an dernier, ce qui est considérable. Les temps d'attente pour les tomodensitométries ont diminué graduellement pour être deux fois moins élevé qu'il y a trois ans. Pour 90 % des personnes qui font une tomodensitométrie, l'attente est inférieure à quatre semaines. Il est possible que ces améliorations s'expliquent par l'accroissement de la capacité; de plus, certains hôpitaux ont fait des efforts pour améliorer les processus et réduire les inefficacités (voir la page suivante).

90E PERCENTILE DE TEMPS D'ATTENTE POUR LES ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE ET DU GENOU ET LES CHIRURGIES DE LA CATARACTE



L'Ontario a enregistré d'énormes réductions des temps d'attente pour de nombreuses chirurgies entre 2006 et 2009. Toutefois, au cours des deux dernières années, les temps d'attente ont augmenté d'environ trois semaines pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte. Les hôpitaux doivent continuer d'être très vigilants en ce qui a trait à ces temps d'attente au risque de perdre les gains exceptionnels que l'Ontario a réalisés depuis dix ans.

Près de la moitié des adultes très malades ont attendu au moins quatre semaines pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste en Ontario. À l'échelle internationale, l'Ontario et le Canada se situent au niveau de la Norvège, affichant les pires temps d'attente pour les soins de spécialistes.

INDICATEUR			DERNIERS RÉSULTATS			DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
			90E PERCENTILE DU TEMPS D'ATTENTE	% DE CHIRURGIES RÉALISÉES EN TEMPS VOULU PAR NIVEAU DE PRIORITÉ			
				URGENT	SEMI-URGENT	NON URGENT	
TEMPS D'ATTENTE POUR LES TRAITEMENTS ET L'ACCÈS AUX SPÉCIALISTES	Tomodensitométries		33 jours***	91 %*	61 %*	78 %*	Amélioration	Résultat idéal : 100 %.
	IRM		116 jours***	73 %*	47 %*	34 %*	Amélioration	
	Pontage aortocoronarien	Urgent	7 jours**	90 %**	95 %**	99 %**	Amélioration importante entre 2006 et 2009, résultats stables depuis deux ans	
		Semi-urgent	22 jours**					
		Elective	46 jours**					
	Angiographie	Urgent	3 jours **	91 %**	80 %**	98 %**		
		Semi-urgent	18 jours **					
		Elective	23 jours **					
	Intervention coronarienne percutanée	Urgent	4 jours **	93 %**	87 %**	98 %**		
		Semi-urgent	16 jours **					
		Elective	19 jours **					
	Chirurgie du cancer		60 jours***	65 %*	73 %*	90 %*		100 %, quel que soit le niveau de priorité et la chirurgie (résultats de l'Hôpital général de North York)[21].
	Chirurgie générale		104 jours***	83 %*	89 %*	96 %*		
	Chirurgie de la cataracte		123 jours***	83 %*	87 %*	97 %*	Amélioration, entre 2006 et 2009, légère augmentation	
	Arthroplastie de la hanche		181 jours***	67 %*	67 %*	86 %*		
	Arthroplastie du genou		197 jours***	63 %*	60 %*	81 %*		
% d'adultes très malades ayant attendu au moins quatre semaines avant de voir un spécialiste				47 %†			s. o.	7 % (Suisse) ou 11 % (É.-U.).

Source des données : *Action Cancer Ontario et Système d'information sur les temps d'attente – 2011, **Cardiac Care Network, novembre 2011,*** Action Cancer Ontario et Système d'information sur les temps d'attente, exercice 2010-2011. †Sondage international 2011 des adultes très malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Temps d'attente pour les traitements et accès aux spécialistes :			
Mesure : Gérer les listes d'attente afin d'identifier les patients jugés hautement prioritaires ou qui ont dépassé les délais recommandés, pour s'assurer qu'ils ne tombent pas entre les mailles du filet. Surveiller attentivement la demande d'interventions et le taux réel de services fournis; ces éléments doivent s'équilibrer[72].			●
Processus : Appliquer des **critères de pertinence** pour s'assurer que seuls les patients qui ont besoin d'une opération ou d'une intervention reçoivent de tels soins. Utiliser un **système de gestion de l'utilisation et du suivi des lits** afin d'éviter les situations où l'hôpital est à pleine capacité. Le but est d'éviter que des traitements ne soient annulés à cause du manque de lit à la date prévue[73]. **Éviter de « regrouper »** certaines activités avant l'intervention (p. ex., si un médecin examine certains renseignements une fois par semaine seulement, des patients pourraient devoir attendre six jours)[74]. Accélérer le **partage des images de diagnostic** à l'échelle de l'Ontario afin de ne pas avoir à refaire des tomodensitométries ou IRM parce que les résultats d'examens antérieurs ne sont pas accessibles. Utiliser des **systèmes de prise de rendez-vous électroniques** pour saisir toutes les informations pertinentes avant de fixer un rendez-vous. Ces systèmes peuvent aussi éliminer les retards dans la transmission de l'information. Établir un **processus normalisé de routine** avant les interventions de façon à ce que les patients passent tous les examens de diagnostic et que les évaluations soient effectuées en temps voulu[75]. Effectuer des « **opérations éclair d'élimination des listes d'attente** ». Même si le taux de nouveaux patients correspond au nombre de rendez-vous disponibles, il peut y avoir une liste d'attente à cause de délais existants. En éliminant ces retards sur une période donnée, on peut réduire les délais considérablement[76].			●
Participation des patients : Accroître les **activités de promotion de la santé et optimiser la gestion des maladies chroniques** afin d'éviter que les gens n'aient besoin de ces services. On peut, par exemple, encourager les gens à perdre du poids pour éviter les arthroplasties de la hanche et du genou, ou encore à cesser de fumer, à faire du sport, à contrôler l'hypertension et le diabète afin d'éliminer les interventions cardiovasculaires et les chirurgies du cancer. Fournir des **instructions écrites** aux patients et leur demander de les **répéter** pour vérifier qu'ils ont bien compris ce qu'ils doivent faire pour se préparer et éviter ainsi les annulations de dernière minute (voir la section 8).	●		●
Compétences professionnelles : Vérifier les compétences du personnel en appliquant les processus et idées susmentionnés. Par exemple, s'assurer que les personnes qui fixent la date des interventions ont reçu la formation requise pour fournir toutes les informations nécessaires lors de la prise de rendez-vous et éviter que le travail ne doive être refait à cause d'erreurs.			●
Incitatifs : Envisager de **réduire les paiements** si un servir rendu ne satisfait pas aux critères établis ou si un examen qui a été effectué récemment doit être refait ailleurs. Les **conventions de responsabilisation** établies en Ontario comprennent déjà des objectifs de rendement pour bon nombre de ces procédures; envisager de renforcer les objectifs ou les conséquences pour les organismes qui n'atteignent pas ces objectifs.		●	●
Capacité : Si la demande d'interventions est toujours supérieure au nombre de services fournis alors que les demandes superflues ont été éliminées, il faut **envisager d'accroître la capacité**[77].		●	

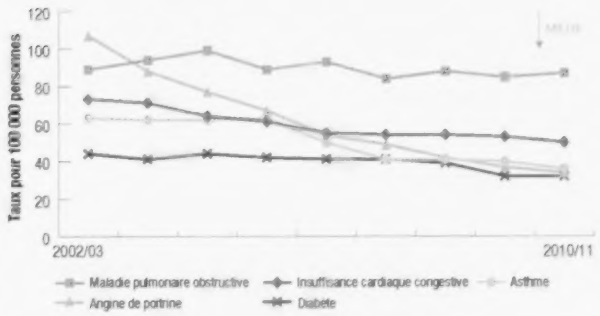
Que se passe-t-il en Ontario?

- Le Projet d'amélioration des processus d'imagerie par résonnance magnétique aide les hôpitaux qui pratiquent des IRM à mettre en place des systèmes d'amélioration du processus LEAN, p. ex., pour éviter des erreurs lors de la prise des rendez-vous, vérifier si les patients sont bien préparés, optimiser l'emploi du temps du personnel et éliminer les formalités administratives. En mars 2012, tous les hôpitaux qui pratiquent des IRM ont reçu une formation dans le cadre de ce programme. Pour plus de détails, visiter www.mritoolkit.ca.
- Le MSSLD, en partenariat avec le Réseau universitaire de santé et le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, a mis au point un outil en ligne d'aide à la décision pour les tomodensitométries et les IRM. Ce système analyse l'information clinique saisie par le fournisseur et les taux de pertinence des IRM ou des tomodensitométries comme moyens de diagnostic, compte tenu des lignes directrices fondées sur des preuves en vigueur. La base de données contient un millier d'indications cliniques, dont la pertinence de l'IRM ou de la tomodensitométrie pour une affection donnée, la technologie qu'on doit privilégier par rapport à une autre, si un radiologue doit être consulté de nouveau ou s'il n'y a pas de preuves cliniques justifiant l'IRM ou la tomodensitométrie[78].
- Action Cancer Ontario a mis au point un programme d'évaluation diagnostique (PED) mis en œuvre dès qu'un cancer est soupçonné jusqu'au moment où le diagnostic est posé. Le programme d'évaluation diagnostique est utilisé pour coordonner les services de diagnostic, fournir des renseignements aux patients et aider les médecins de famille à accéder aux tests diagnostiques, aux résultats et à l'information sur les patients. Le but du programme d'évaluation diagnostique est d'améliorer l'efficacité et de réduire les temps d'attente tout en faisant en sorte que les patients vivent une meilleure expérience.

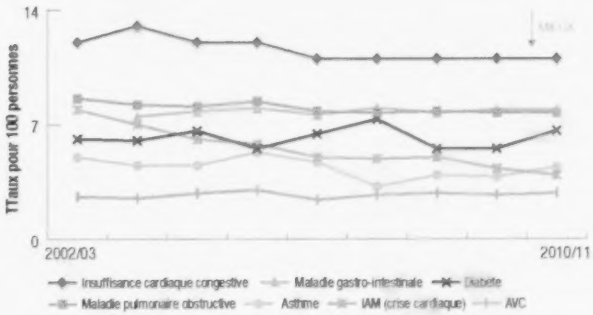
3 | Hospitalisations évitables

Les personnes atteintes de maladies chroniques doivent être hospitalisées de temps à autre, alors qu'on pourrait l'éviter dans la plupart des cas. Les affections qui peuvent être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires sont des maladies pour lesquelles des soins primaires appropriés pourraient réduire considérablement la nécessité d'une hospitalisation[29]. On pourrait aussi éviter certaines de ces réadmissions en s'assurant que les patients reçoivent des soins de suivi appropriés et qu'ils ont bien compris les instructions communiquées lorsqu'ils sortent de l'hôpital.

TAUX D'HOSPITALISATION POUR LES AFFECTIONS POUVANT ÊTRE PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DE SOINS AMBULATOIRES



TAUX DE RÉADMISSION À L'HÔPITAL POUR UNE AFFECTION SPÉCIFIQUE OU CONNEXE DANS LES 28 JOURS



Au cours des sept dernières années, le taux d'affections pouvant être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires en Ontario a diminué graduellement et est maintenant plus bas que dans la plupart des provinces. Les affections les plus communes sont l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Il y a encore des améliorations à faire. La Colombie- Britannique et certaines régions affichent des taux moins élevés (p. ex., Richmond, C.- B., RLISS du Centre).

Les réadmissions sont fréquentes. Pour l'insuffisance cardiaque congestive et les MPOC, environ un patient sur cinq est réadmis en deçà d'un mois. La situation a peu évolué ces dernières années, sauf en ce qui a trait aux crises cardiaques pour lesquelles le taux de réadmission a baissé graduellement. L'Ontario peut mieux faire; de grands établissements médicaux étasuniens enregistrent des taux bien moins élevés qu'en Ontario[30].

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
HOSPITALISATIONS ÉVITABLES	Taux d'hospitalisation pour 100 000 personnes : – global (toutes les affections pouvant être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires) – maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); p. ex., emphysème, bronchite chronique – insuffisance cardiaque congestive (ICC) – asthme – angine de poitrine – diabète	 275* 87* 50* 36* 34* 32*	Amélioration	Résultat global : 162 (Richmond, C.- B.) ou 182 (RLISS du Centre).
	Taux de réadmission pour une affection spécifique ou connexe en deçà de 28 jours pour : – insuffisance cardiaque congestive – troubles gastro-intestinaux – MPOC – diabète – asthme – IAM (crise cardiaque) – AVC	 11 %* 7.9 %* 7.7 %* 6.6 %* 4.4 %* 3.9 %* 2.8 %*	Pas de changement sauf pour l'IAM (amélioration)	IAM : 2.8 % (RLISS de Champlain).
	Taux de réadmissions en deçà de 30 jours pour toutes les affections : – insuffisance cardiaque congestive (≥ 45 ans) – MPOC (≥ 45 ans) – troubles gastro-intestinaux (tous les âges) – diabète (tous les âges) – troubles cardiaques (≥ 40 ans) – pneumonie (tous les âges) – AVC (≥ 45 ans)	 23 %** 19 %** 16 %** 14 %** 12 %** 13 %** 8.6 %**	s.o.	ICC : < 10 % dans les grands établissements étasuniens[30].
	Taux de réadmission pour : – dépression – dépendances dues à des problèmes psychiatriques – schizophrénie et trouble bipolaire	 6.4 %*** 10.3 %*** 11.7 %***	Pas de changement	Taux le plus bas possible.
	Taux de réadmissions en deçà de 30 jours pour 100 épisodes de soins actifs par résidents de FSLD	14 %*	s.o.	Taux le plus bas possible.

Source des données : *BDCP et BDPI, 2010-2011, données fournies par l'IRSS, ** Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2010-2011, données fournies par le MSSLD, ***Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), BDCP, BDPI, exercice 2010-2011, données fournies par l'IRSS.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Affections pouvant être prises en charge dans le cadre de soins ambulatoires :			
Toutes les idées de changement pour la gestion des maladies chroniques (voir la section 3 – gestion des maladies chroniques) peuvent contribuer à réduire les hospitalisations évitables.			
Réadmissions :			
Mesure/Rétroaction : Examiner le **dossier** des patients réadmis afin de déterminer les causes fondamentales d'une réadmission qui pourrait être évitée[31]. Publier les taux de réadmission de chaque hôpital pour encourager les améliorations[32].			●
Aide à la décision : Utiliser des prescriptions normalisées et des listes de vérification lorsque les patients sortent de l'hôpital afin qu'ils prennent les bons médicaments ou suivent le traitement approprié, ou identifier ceux qui doivent être dirigés vers des services spécialisés, comme les services de réadaptation, lorsqu'ils sortent de l'hôpital[33].			●
Processus : Évaluer les risques pour identifier les personnes les plus susceptibles d'être réadmises et les diriger vers un service de suivi plus intensif (p. ex., cliniques spécialisées ou multidisciplinaires)[34]. Fixer un **rendez-vous de suivi documenté** avec le médecin de famille, des services de soins à domicile ou un spécialiste, selon les besoins du patient[35]. Créer des processus pour **identifier les patients susceptibles d'être réadmis pour des raisons non médicales** (p. ex., isolation sociale, absence de soutien, conflits familiaux, manque de logement) et organiser des services sociaux ou communautaires[36]. Envisager de mettre en place des **protocoles de médications gérés par du personnel infirmier** aux fins de suivi et modifier régulièrement le traitement médicamenteux après la sortie de l'hôpital[37]. Mettre en place un système de **vérification du traitement médicamenteux** après la sortie, pour vérifier si la liste de médicaments du patient est exacte et à jour[38]. Collaborer avec les services de soins à domicile pour mettre en place un **dispositif de prévention des chutes** (p. ex, barres de sécurité, déambulateurs) au domicile du patient[39].			●
Ressources : Envisager d'utiliser un **service de suivi des soins à distance** (p. ex., de la tension artérielle, des symptômes, du poids, du rythme cardiaque, etc., au moyen de dispositifs à distance), en particulier pour les personnes à risque élevé[40]. Envisager d'établir des **cliniques multidisciplinaires** pour les patients à risque élevé, p. ex., les cliniques de traitement de l'ICC ou les cliniques de traitement des personnes atteintes d'affections multiples, où elles peuvent bénéficier d'un suivi plus intensif de leur traitement médicamenteux et des conseils sur la façon de modifier leur style de vie[41].		●	
Participation des patients : À la sortie de l'hôpital, fournir des **instructions écrites** en langage simple, traduites si possible[42]. Demander aux patients de « **répéter** » les instructions pour vérifier s'ils les ont bien comprises[43].	●		●
Compétences professionnelles : Assurer le perfectionnement des compétences du personnel et vérifier en ce qui a trait aux points importants ci- dessus (p. ex., séances d'information, rapprochement des médicaments, notation des risques, etc.)[44].			●
Incitatifs : Envisager d'instaurer un système de **paiement centré sur les patients** hospitalisés, en vertu duquel les hôpitaux reçoivent des montants établis pour les hospitalisations et les réadmissions[45]. Établir des attentes pour la mise en place de certaines pratiques exemplaires dans les **conventions de responsabilisation, les contrats ou les formules de financement** à l'intention des fournisseurs de soins de santé[46].		●	

Que se passe-t-il en Ontario?

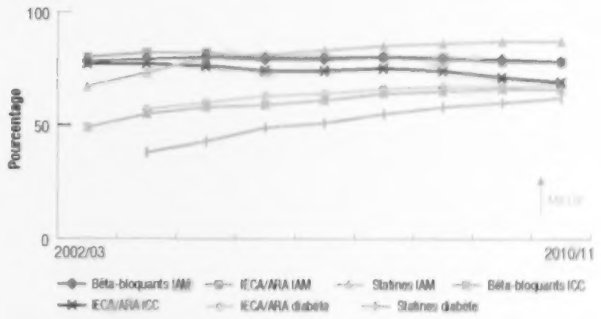
- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration.** En 2012- 2013, QSSO organisera des webinaires et fournira des soutiens supplémentaires aux hôpitaux et à d'autres organismes qui souhaitent inclure la réduction du nombre de réadmissions dans leurs plans d'amélioration de la qualité.
- QSSO entreprend le projet d'Optimisation de la gestion des maladies chroniques dans la collectivité afin d'évaluer l'efficacité et la rentabilité de diverses interventions pour réduire les hospitalisations et améliorer la gestion des maladies. L'organisme évalue également les preuves qui sous- tendent les modèles de soins communautaires multidisciplinaires et entreprend une analyse sur le terrain des cliniques de traitement des défaillances cardiaques congestives. L'information tirée de ces examens sera utilisée pour établir des normes sur la façon dont ces cliniques fournissent ces services.
- BreathWorks, programme de l'Ontario Lung Association, offre une ligne téléphonique qui permet aux personnes atteintes de MPOC de communiquer avec des éducateurs certifiés en soins respiratoires, qui peuvent répondre aux questions sur les symptômes, le diagnostic, le traitement et la gestion. Ce service offre aussi du matériel pédagogique, des groupes de soutien et des programmes de réadaptation.
- cyberSanté Ontario met en place un service de prescription électronique à l'échelle de la province afin de générer, d'autoriser et de transmettre les ordonnances par voie électronique entre les fournisseurs de soins de santé et les pharmaciens. Ce système peut améliorer l'accès à tous les traitements médicamenteux suivis par les patients et à des renseignements pertinents sur le plan clinique, et permettre aux professionnels de la santé de partager l'information.

3 | Gestion des maladies chroniques

Les personnes âgées souffrent souvent de maladies chroniques, comme le diabète et l'insuffisance cardiaque congestive. Il est important que ces personnes prennent les médicaments recommandés qui peuvent atténuer les symptômes et les complications dues à ces maladies, comme les crises cardiaques, les AVC, les hospitalisations, et le décès. Un suivi régulier est aussi important pour s'assurer que les problèmes sont détectés et traités en temps opportun, avant qu'ils ne s'aggravent. Une bonne gestion du style de vie, combinée à ces autres mesures, peut améliorer la qualité de la vie et le taux de survie[47].

POURCENTAGE DE PERSONNES DIABÉTIQUES AYANT SUBI DE GRAVES COMPLICATIONS AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

POURCENTAGE DE PATIENTS ÂGÉS PRENANT UN MÉDICAMENT RECOMMANDÉ POUR LEUR AFFECTION



Il y a des signes positifs d'amélioration dans la gestion des maladies chroniques. Les complications dues au diabète, comme les crises cardiaques, les AVC, les amputations et les défaillances rénales sont en diminution. L'administration de médicaments recommandés, comme les statines pour contrôler le cholestérol, les IECA/ARA et les bêta-bloquants, augmentent généralement, mais lentement. Toutefois, il y a encore d'énormes améliorations à faire. Davantage de personnes pourraient prendre ces médicaments et beaucoup de personnes diabétiques ne se font pas examiner régulièrement les pieds et les yeux. Bon nombre de personnes atteintes de maladies chroniques continuent de fumer, de mal s'alimenter et ne sont pas assez actives physiquement. Les taux d'obésité ont augmenté, étant passés de 23 % en 2003 à 27 % en 2010.

INDICATEUR			DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
BONS MÉDICAMENTS	% de personnes âgées qui prennent les bons médicaments après une hospitalisation pour ICC	– IECA/ARA[o] – Bêta-bloquants	69 %* 66 %*	Détérioration Amélioration	Augmentation probable.
	% de personnes âgées qui prennent les bons médicaments après une hospitalisation pour IAM	– Statines – Bêta-bloquants – IECA/ARA[o]	87 %* 78 %* 78 %*	Pas de changement	90 % (cible de la Société canadienne de cardiologie)[48].
	% de personnes âgées diabétiques qui ont pris les bons médicaments l'an dernier	– IECA/ARA[o] – Statines	68 %*** 62 %***	Amélioration	Augmentation probable.
STYLE DE VIE	Facteurs associés au style de vie des personnes atteintes de maladies chroniques : – faible consommation de fruits et de légumes – inactivité physique – obésité – tabagisme		 61 %** 55 %** 27 %** 20 %**	Pas de changement Pas de changement Détérioration Pas de changement	Taux le plus bas possible.
SURVEILLANCE	% de personnes diabétiques qui, au cours de l'année écoulée, ont subi : – un examen des yeux – un examen des pieds		 52 %[v] 61 %[vv]	Pas de changement s.o.	81 % (R.-U., examen des pieds).
RÉSULTATS RELATIFS AUX MALADIES CHRONIQUES	% of people diabétiques qui, au cours de l'année écoulée, ont subi de graves complications : – de tous genres – chirurgie pour problème de circulation (dont amputation) – décès – crise cardiaque – AVC – défaillance rénale		 4,30 %[†] 0,14 %[†] 2,70 %[†] 1,10 %[†] 0,54 %[†] 0,17 %[†]	Amélioration graduelle	Taux le plus bas possible.

Source des données : *BDPIB, BDCP, BDPMO, exercice 2010-2011, données fournies par l'IRSS **ESCC 2010, données fournies par l'IRSS, ***BDPMO, BDDO, exercice 2010-2011, données fournies par l'IRSS, †BDCP, base de données sur la facturation des médecins de l'Assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) et Base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO), exercice 2010-2011, données fournies par l'IRSS, [v]Assurance-maladie de l'Ontario, BDDO, BDPI, exercice 2010-2011, données fournies par l'IRSS, [vv]Sondage international 2011 des adultes très malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, [o]IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, ARA : antagonistes du récepteur de l'angiotensine.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Hygiène de vie :			
Envisager toutes les mesures visant à améliorer les comportements (voir la section 9).		●	●
Pour tous :			
Mesure/Rétroaction : S'assurer que les DME comportent des **tableaux des maladies chroniques** et qu'ils peuvent suivre les indicateurs clés et fournir aux praticiens une rétroaction sur les résultats. Créer des **registres provinciaux sur les maladies** qui peuvent être consultés par les médecins ou les fournisseurs pour vérifier dans quelle mesure ils gèrent bien leurs patients par rapport à leurs collègues.		●	●
Aides à la décision : Utiliser un système de **rappel dans les DME** pour signaler aux soignants les médicaments qui doivent être administrés ou les interactions médicamenteuses dangereuses, que le moment est venu pour un patient de faire l'objet d'un examen de suivi, ou que des services spécialisés (p. ex., réadaptation ou chirurgie) sont recommandés[60].			●
Processus : Mettre en place un système **d'accès ouvert** pour que les personnes atteintes de maladies chroniques puissent consulter en temps voulu (voir la section 2.2). Mettre en place un système **de visites cliniques structuré**, bien organisé, pour la gestion des maladies chroniques dans le cadre duquel toutes les questions importantes sont systématiquement examinées et discutées. Faire appel à tous les membres de l'équipe de soins de santé afin de s'assurer que toutes ces questions sont traitées[50]. Mettre en place un système de rappel dans la clinique pour que les patients qui doivent consulter ou subir un examen de laboratoire soient prévenus systématiquement[51]. Envisager des protocoles **normalisés pour modifier les traitements médicamenteux** régulièrement, compte tenu des mesures, pour les patients difficiles à gérer, que le personnel infirmier, les soignants à domicile ou les patients peuvent administrer[52]. Envisager **d'appliquer des critères de risque** pour identifier les patients dont l'état est susceptible de s'aggraver ou nécessitant une hospitalisation. Diriger ces personnes vers un niveau de soins plus complet (p. ex., clinique spécialisée ou interdisciplinaire)[53]. Les pharmaciens et les autres fournisseurs de soins de santé devraient collaborer[54].			●
Ressources : Envisager d'établir un système de suivi des soins à domicile pour les patients à risque élevé[55]. Envisager d'établir des **cliniques multidisciplinaires** pour ces patients, par exemple, des cliniques de traitement des ICC ou des personnes atteintes de maladies multiples, où elles pourraient bénéficier d'un suivi plus intensif du traitement médicamenteux et de conseils sur la façon de modifier leur style de vie.			●
Participations des patients : Mettre en place un système d'autogestion pour encourager les patients à établir leurs propres objectifs et à renforcer les réussites. Fournir ce soutien aux patients par l'entremise d'employés ayant suivi une formation spécialisée dans cette technique[56]. Remettre aux patients une version actualisée d'un plan de soins, contenant des renseignements sur le diagnostic, les médicaments, les examens réguliers, les objectifs de traitement et qui appeler en cas de problème[57].	●		●
Compétences professionnelles : Faire en sorte que le personnel suive des séances de perfectionnement pour pouvoir mettre en œuvre des programmes d'autogestion des patients[58].			●
Incitatifs : Envisager d'inclure des mesures pour bien gérer les maladies chroniques dans les futurs **contrats ou conventions de responsabilisation** avec les fournisseurs de soins primaires[59]. Envisager **d'établir des normes de pratique** pour bien gérer les maladies chroniques (p. ex., obliger le personnel à utiliser des organigrammes et des processus de rappel), à utiliser dans les programmes d'assurance de la qualité[60]. Renforcer les **spécifications des fournisseurs** de DME afin que toute société fabriquant des logiciels de DME en Ontario puisse fournir les fonctions désirées décrites ci- dessus (c.- à- d. indicateurs de suivi, rappels, etc.)[61].		●	

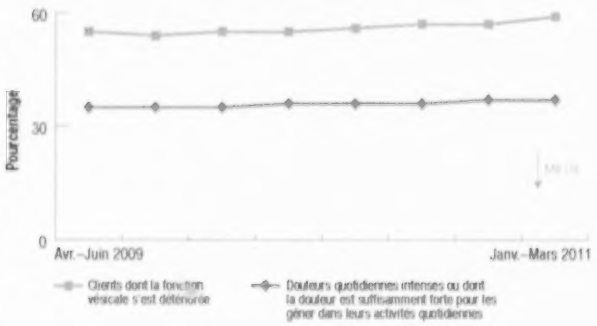
Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** QSSO, par l'entremise de l'un de ses prédécesseurs, Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation, offre depuis quatre ans un soutien et des séances d'information aux cabinets de soins primaires. Les participants appliquent des outils d'amélioration de la qualité, par exemple des cartes et des cycles planifiés Faire- Étudier- Agir pour mettre en œuvre un grand nombre des idées susmentionnées. Entre 2008 et 2010, des équipes de santé familiale et quelques centres de santé communautaires ont travaillé sur le diabète, l'accès ouvert et le dépistage du cancer colorectal. En 2011, 129 équipes inscrites à la vague 1 d'un projet d'apprentissage communautaire ont travaillé sur le diabète, l'asthme, les MPOC, l'hypertension et le dépistage du cancer. En 2012 et au-delà, de nouvelles équipes de soins primaires inscrites aux activités de soutien de QSSO travailleront sur l'accès ouvert et la gestion des maladies chroniques. QSSO, dans le cadre du travail du CCOTS, a identifié plusieurs interventions chirurgicales qui produisent de bons résultats pour les personnes atteintes de maladies chroniques, comme la chirurgie bariatrique pour les personnes très obèses[62] et l'ablation endocardiaque pour la fibrillation auriculaire[63]. Dans le même temps, QSSO déconseille de recourir à la surveillance continue de la glycémie combinée à l'auto-surveillance de la glycémie, pour la gestion du diabète insulino-dépendant[64]. QSSO recommande actuellement des spécifications plus strictes pour les fournisseurs de DME de façon à ce que les tableaux des maladies chroniques et le processus de suivi des indicateurs deviennent la norme.
- Le MSSLD, par l'entremise de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, met en place le Registre des cas de diabète. Les professionnels de la santé pourront accéder aux dossiers des patients, aux renseignements sur le diagnostic et aux résultats de laboratoire pour la fonction rénale, le cholestérol et la glycémie et consulter les alertes concernant les patients.
- Le projet Quality in Family Practice, en cours à l'Université McMaster, porte sur l'élaboration d'un manuel complet d'indicateurs de la qualité et de critères d'évaluation que les équipes de soins primaires peuvent utiliser pour s'auto-évaluer. Les critères portent sur l'utilisation des bons médicaments et les examens relatifs à la gestion des maladies chroniques, la promotion d'une bonne hygiène de vie, la continuité des soins, l'agencement des cabinets, et d'autres sujets. Voir www.qualityinfamilypractice.com.
- Le programme MedsCheck, lancé en 2007, donne à certains patients la possibilité de consulter chaque année un pharmacien communautaire pour les aider à mieux comprendre leurs médicaments et la façon de les prendre. Ce programme est offert gratuitement aux personnes diabétiques, à celles qui prennent trois médicaments ou plus pour des affections chroniques et aux résidents des foyers de SLD[65]. Il est aussi proposé aux personnes qui ne peuvent quitter leur domicile pour se rendre à la pharmacie[66].

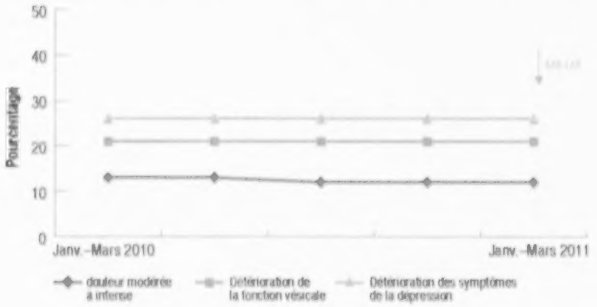
3 | Veiller sur la santé des personnes recevant des soins à domicile, des résidents des foyers de soins de longue durée et des personnes recevant des soins continus complexes

Les services de soins à domicile (SD), les foyers de soins de longue durée (SLD) et les unités de soins continus complexes (SCC) des hôpitaux prodiguent des soins infirmiers spécialisés, des services de soutien personnel, de réadaptation et médicaux aux personnes frêles dont la capacité de fonctionner est considérablement limitée. Il est important que les fournisseurs de soins de santé de ces établissements mettent en place des pratiques exemplaires connues pour aider ces personnes à maintenir leur mobilité, à contrôler de leur fonction vésicale, à réduire la douleur et à éviter la dépression[67]. Si ces mesures ne sont pas prises, il pourrait en résulter des souffrances inutiles, une détérioration de l'état physique et mental et une perte d'autonomie.

VEILLER SUR LA SANTÉ DES CLIENTS DES SOINS À DOMICILE



VEILLER SUR LA SANTÉ DES RÉSIDENTS DES FOYERS DE SLD



Les personnes frêles qui reçoivent des soins à domicile ou vivent dans des foyers de soins de longue durée souffrent souvent d'incontinence ou de douleurs non contrôlées. Au cours des deux dernières années, la situation a peu évolué à ce chapitre pour les résidents des foyers de soins de longue durée, tandis que les taux ont légèrement augmenté chez les clients des soins à domicile. Ces problèmes ne peuvent être éliminés entièrement, car ils ont tendance à s'aggraver naturellement au fur et à mesure de la progression des maladies chroniques. Cependant, il y a encore des améliorations à faire grâce à la mise en œuvre de plusieurs pratiques exemplaires.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
VEILLER SUR LA SANTÉ DES CLIENTS DES SOINS À DOMICILE	% de clients des SD dont la fonction vésicale s'est détériorée récemment/ne s'est pas améliorée depuis l'évaluation précédente	58 %*	Détérioration	Taux le plus bas possible.
	% de clients des SD qui souffrent de douleurs quotidiennes intenses ou dont la douleur est suffisamment forte pour les gêner dans leurs activités quotidiennes	36 %*	Détérioration	Taux le plus bas possible.
VEILLER SUR LA SANTÉ DES RÉSIDENTS DES FSLD ET DES PATIENTS DES SCC	% de résidents de FSLD qui souffrent d'une : – détérioration de la fonction vésicale – douleur modérée à intense – détérioration des symptômes de la dépression	 20 %** 12 %** 26 %**	Pas de changement	Taux le plus bas possible.
	% des patients des SCC qui souffrent d'une : – détérioration de la fonction vésicale – douleur modérée à intense – détérioration des symptômes de la dépression	 15 %** 21 %** 17 %**	s.o.	Taux le plus bas possible.

Source des données : *SISD, exercice 2010-2011, données fournies par l'ICIS, **SISCC, exercice 2010-2011, données fournies par l'ICIS.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Pratiques cliniques exemplaires pour éviter l'incontinence[68] :			
Mettre en place un programme d'incitation à la miction et de contrôle de la fonction vésicale dans le cadre duquel le personnel aide les résidents à aller aux toilettes à des heures régulières en fonction des besoins personnels. Envisager d'administrer certains médicaments pour réduire l'incontinence; encourager les exercices de Kegel pour renforcer les muscles pelviens, éviter la caféine, l'alcool, de trop boire et d'utiliser des moyens de contention (section 4); éliminer la possibilité d'une infection urinaire; s'assurer que la chaise d'aisance ou les toilettes sont à proximité. Envisager la chirurgie pour soigner l'incontinence (voir ci- dessous).			●
Pratiques cliniques exemplaires de gestion de la douleur[69] :			
Surveiller la douleur en tant que cinquième signe vital; reconnaître les signes de douleur chez les personnes qui ne peuvent pas communiquer; administrer dans la mesure du possible des médicaments antidouleur qui n'engendrent pas de dépendance (p. ex., acétominophène, nortriptylline, gabapentine); envisager de recourir à l'acupuncture, à la physiothérapie.			●
Pratiques exemplaires de traitement de la dépression :			
Offrir des activités suffisamment variées et fréquentes[70], au sein des foyers de SLD et dans la collectivité (p. ex., programmes de jour)[71]; encourager les familles et les amis à rendre visite aux personnes; envisager la thérapie par les animaux; encourager l'activité physique/ les exercices. Dépister la dépression. Envisager d'administrer un traitement aux antidépresseurs.	●		●
Idées de mise en œuvre :			
Amélioration des processus : Créer un processus normalisé pour mettre en place un programme d'incitation à la miction. Créer un processus pour appliquer régulièrement des **critères de pertinence pour la chirurgie contre l'incontinence** afin d'identifier des candidats potentiels. Intégrer **l'évaluation de la douleur** aux évaluations régulières[72]. Créer un **protocole normalisé relatif aux narcotiques** pour l'administration de ces médicaments.		●	●
Capacité : Établir des **programmes d'exercice** pour les personnes âgées résidant au soin de la collectivité. S'assurer qu'il y a suffisamment de **programmes de jour** pour adultes ou d'autres activités communautaires offrant une interaction sociale afin de combattre l'isolation sociale et de prévenir le déclin des fonctions cognitives. Envisager de recourir à du **personnel infirmier spécialisé dans l'incontinence** ou de mettre en place des **cliniques communautaires de traitement de l'incontinence** offrant des interventions comportementales multimodales.		●	●
Compétences professionnelles : Former le personnel à l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur qui ont été validés pour les personnes âgées et les personnes souffrant de troubles cognitifs, comme la démence[73,74]. **Offrir des séances de formation aux préposés aux services de soutien à la personne** (PSSP) portant sur les signes précoces de démence ou de déclin cognitif. Encourager les PSSP à obtenir le Personal Support Worker Dementia Certificate[75].			●
Participation des patients : Encourager les gens et les familles à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les problèmes susmentionnés. Par exemple, limiter la consommation de caféine, d'alcool et éviter de trop boire. Obtenir l'assentiment des dirigeants pour mettre en place un programme d'incitation à la miction; encourager la participation aux exercices et aux activités organisées; visites régulières des familles; et décourager l'utilisation de moyens de contention (parfois demandés par les familles).	●		●

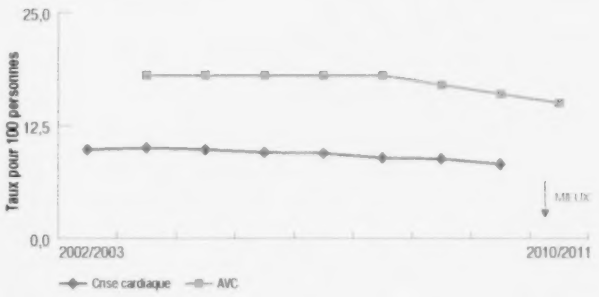
* Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** La campagne Priorité aux résidents, soutenue par QSSO, fournit des outils, un encadrement et des séances de formation aux foyers de SLD pour qu'ils apprennent à mettre en œuvre les idées susmentionnées. Le site http://french.residentsfirst.ca/ offre des outils pour venir à bout des problèmes d'incontinence.
- Pour en savoir plus sur les preuves qui étayent les interventions susmentionnées, consulter les recommandations du CCOTS, *Aging in the Community (2008)*[76], sur le site Web de QSSO. D'après cette analyse, on devrait accorder la priorité aux programmes d'exercices qui présentent un très bon rapport coût-efficacité. Les cliniques et les conseillers en incontinence sont aussi recommandés. Le CCOTS conseille en outre une technique chirurgicale appelée colposuspension rétropubienne pour certains patients; il s'agit d'une petite intervention peu complexe qui ne nécessite pas d'hospitalisation[77].
- Le Projet d'intégration des soins est un projet parrainé par le ministère, l'Ontario Association of Community Care Access Centres et la Rotman Collaborative for Health Sector Strategy, en partenariat avec les RLISS de l'Ontario et d'autres organismes. Ce projet est entrepris de concert avec les CASC et des équipes des RLISS intersectorielles afin de rationaliser et d'intégrer les services de soins à domicile et communautaires[78]. QSSO fournit des conseils sur l'amélioration de la qualité et une aide pour déterminer la méthode centrée sur le patient et la plus efficace de prestation de soins des plaies et de soins palliatifs, éliminer certains désagréments pour les clients, comme les délais inutiles, les évaluations redondantes ou ne pas savoir à qui s'adresser pour obtenir de l'aide. Un facteur important de services fragmentés vient de ce que différents fournisseurs de soins travaillent pour différents employeurs dans le cadre du modèle actuel et que la rémunération à l'acte est basée sur chaque consultation ou sur un tarif horaire. Le Projet d'intégration des soins teste une réforme du modèle de financement selon lequel un organisme est responsable de tous les services dont une personne a besoin et la rémunération dépend des résultats[79].
- Plusieurs régions de l'Ontario ont mis sur pied des services de consultation communautaires pour la gestion des soins palliatifs et des symptômes[80,81,82,83,84]. Financés par le ministère, ces services répondent aux demandes des foyers de SLD et d'autres fournisseurs de soins communautaires et offrent des consultations spécialisées ainsi qu'une formation sur la façon d'évaluer et de gérer la douleur ou les symptômes palliatifs.

4 | Infections nosocomiales, effets indésirables et décès dans les hôpitaux de soins actifs

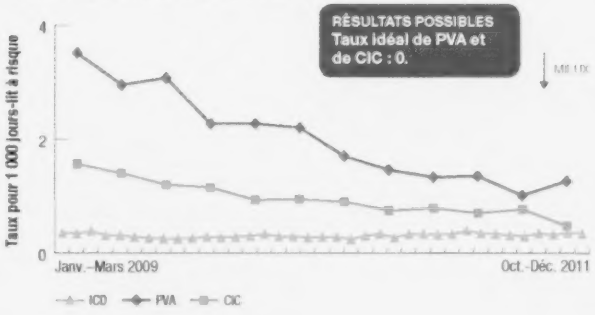
Les hôpitaux sont tenus de fournir aux patients des services en temps voulu, de les soigner de la meilleure façon qui soit et de leur offrir une expérience positive. Cependant, leur rôle primordial est de sauver des vies. Les hôpitaux se sont donné l'objectif de prodiguer des traitements appropriés et fiables dans des situations complexes et difficiles et d'éviter les erreurs qui peuvent entraîner des décès inutiles. Les infections nosocomiales et les effets indésirables, comme les chutes ou les plaies de pression, peuvent entraîner des douleurs et des souffrances, une invalidité, une hospitalisation prolongée, une autre intervention chirurgicale, des effets négatifs durables pour la santé, voire le décès[85]. Ces événements causent du stress et alourdissent le fardeau pour les patients et les familles[86] et contribuent à accroître les dépenses des hôpitaux[87].

TAUX DE MORTALITÉ APRÈS UNE HOSPITALISATION POUR CRISE CARDIAQUE ET AVC



Le taux de mortalité diminue. L'an dernier, la plupart des hôpitaux ont constaté une baisse de leur ratio normalisé de mortalité, qui examine les décès dus aux causes les plus fréquentes d'hospitalisation. En particulier, nous avons constaté des réductions impressionnantes et progressives du taux de décès après une crise cardiaque et un AVC. Le taux de mortalité peut aussi s'améliorer. On peut aussi réduire le taux de décès dus aux septicémies, caillots sanguins, erreurs de médicaments ou manque de communication.

TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES



L'Ontario a fait des progrès au plan des infections nosocomiales. L'hygiène des mains dans les hôpitaux s'est améliorée ces trois dernières années, passant de 53 % à 72 %. Les pneumonies sous ventilation assistée (PVA) et les infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) diminuent graduellement grâce en partie aux campagnes « des soins de santé plus sécuritaires maintenant! » et « Lavez-vous les mains ». Il y a encore des améliorations à faire; les taux d'hygiène des mains devraient être 100 % et ceux des PVA et des CIC zéro. Malheureusement, les taux d'infections à *C. difficile* ont augmenté légèrement l'an dernier, annulant les gains des années précédentes. Les hôpitaux doivent rester très vigilants en ce qui concerne les procédures de contrôle des infections.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
INFECTIONS NOSOCOMIALES	Observation de l'hygiène des mains dans les hôpitaux avant et après le contact avec le patient : – globalement (avant) – globalement (après)	 72 %* 83 %*	Amélioration	100 % (taux idéal); les grands hôpitaux ontariens affichent actuellement un taux de 92 %.*
	Taux d'infections à *C. difficile* pour 1 000 jours-patient	0,35*	Légère détérioration	Taux le plus bas possible.
	Taux d'infections de pneumonie sous ventilation assistée (PVA) pour 1 000 jours-ventilateur	1,26*	Amélioration importante	Zéro (taux obtenu dans plusieurs hôpitaux de la province).*
	Taux d'infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) pour 1 000 jours-cathéter intravasculaire central	0,48*		
ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DANS LES HÔPITAUX	Taux d'événements indésirables pour 1 000 patients de services hospitaliers de médecine ou de chirurgie : – plaie de pression – fracture	 2,5** 0,7**	Pas de changement	Taux le plus bas possible.
TAUX DE MORTALITÉ DANS LES HÔPITAUX	Taux de décès rajusté en fonction du risque au cours d'une période de 30 jours pour 100 patients admis pour crise cardiaque	8,2***	Amélioration	Taux le plus bas possible.
	Taux de décès rajusté en fonction du risque au cours d'une période de 30 jours pour 100 patients admis pour AVC	15**	Amélioration	
	% d'hôpitaux tenus de fournir un rapport dont le RNMH a diminué par rapport à l'année précédente	68 %**	Amélioration	

Source des données : *MSSLD, *C. diff.* déc. 2011, PVA et CIC octobre-décembre 2011, Hygiène des mains exercice 2010-2011, **BDCP, exercice 2010-2011, données fournies par l'ICIS, ***BDCP, BDPI, exercice 2009-2010, données fournies par l'IRSS.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Méthodes recommandées pour lutter contre les infections nosocomiales :			
Pneumonies sous ventilation assistée : Soulever la tête du lit à une hauteur de 60 degrés, pratiquer un arrêt journalier de la sédation pour vérifier si le patient peut être extubé, administrer des médicaments pour prévenir les plaies de pression et les caillots sanguins, administrer du chlorhexidine pour l'hygiène dentaire[88].			
Infections liées aux cathéters intravasculaires centraux : Utiliser le plus de mesures de précautions (masques, gants, draps), nettoyer la peau au chlorhexidine, examiner le site chaque jour, ôter le cathéter dès que possible[89].			●
Infections à C. difficile : Désinfecter les surfaces au virox, installer des panneaux décrivant les précautions à prendre, l'équipement de protection personnel à porter (blouse recouvrant tout le corps et gants), administration responsable des antibiotiques[90].			
Méthodes recommandées pour réduire les taux de mortalité :			
Septicémies : Surveiller les taux de lactate, les cultures sanguines avant d'administrer des antibiotiques, donner des antibiotiques immédiatement, traiter l'hypotension artérielle avec des solutions intraveineuses et vasopresseurs[91].			
Thromboembolie veineuse : Identifier les patients qui risquent de développer un caillot sanguin et leur administrer des anticoagulants[92].			
Complications chirurgicales : Administrer des antibiotiques et des anticoagulants juste avant l'opération pour éviter la formation de caillots; dépiler la zone opératoire à l'aide d'une tondeuse; maintenir une température corporelle normale, le taux de glycémie; poursuivre le traitement aux bêta-bloquants s'il y a lieu; liste de vérification[93].			●
Innocuité des médicaments : Vérifier le traitement médicamenteux; le dosage des médicaments; utiliser des solutions mélangées à l'avance ou préparées en pharmacie; envisager d'utiliser un système de prescription électronique et de codage à barres pour l'administration des médicaments[94].			
Idées de mise en oeuvre pour tous :			
Mesure/Rétroaction : Évaluer les indicateurs continuellement (p. ex., surveiller l'hygiène des mains une fois par mois ou par semaine au besoin)[95]. Mettre en place un processus pour **vérifier si on respecte les méthodes recommandées** pour lutter contre les PVA, CIC, infections à *C. difficile*, septicémies, etc., si les taux sont trop élevés[96]. Rétroaction : **Afficher les résultats produits par chaque unité**, type de fournisseur ou personne, au besoin.		●	●
Aide à la décision : Utiliser des **listes de vérification et des formulaires standards** pour toutes les mesures susmentionnées.		●	
Processus : Établir des **organigrammes standards** pour s'assurer que toutes les méthodes recommandées ci-dessus sont appliquées régulièrement et dans le bon ordre. Désigner la personne responsable de chaque processus. Pour l'hygiène des mains, utiliser un **désinfectant** avec un hydratant pour encourager les gens à se désinfecter les mains[97,98]. Instaurer un processus de vérification des distributeurs de solution désinfectante pour l'hygiène des mains[99]. Pour l'innocuité des médicaments, appliquer des **protocoles standards pour les médicaments de niveau d'alerte élevé**.			●
Compétences professionnelles : Limiter l'accès aux **unités de soins intensifs** (où seul le personnel concerné est admis)[100].Observer le personnel afin de vérifier **leurs compétences à tous les niveaux** – de l'utilisation de techniques stériles par les médecins et le personnel infirmier aux techniques de nettoyage des chambres[101]. En particulier, **vérifier les compétences des nouveaux employés** ou des stagiaires. Songer à vérifier si les gens connaissent les règles relatives à l'hygiène des mains – demander au personnel de s'enduire les mains de poudre fluorescente, de les laver, puis de des placer sous une lampe noire afin de détecter les zones non nettoyées[102].		●	●
Participation des patients : Expliquer tous les effets indésirables aux patients et aux familles[103]. **Encourager les patients à poser des questions** et à communiquer leurs préoccupations. Inviter les patients à demander aux fournisseurs de soins de santé s'ils se sont lavé les mains[104].			●
Incitatifs : Créer une **culture de sécurité** avec des **messages cohérents et répétitifs de la part des dirigeants** sur la sécurité des patients[105]. **Célébrer les améliorations** ou les réussites durables. Envisager des sanctions pour les membres du personnel qui refusent de se conformer[106]. Utiliser une **technique d'écart positif** – identifier les personnes qui ont réussi alors que d'autres ont échoué, célébrer les réussites et envisager de les répéter ailleurs.[107]			●

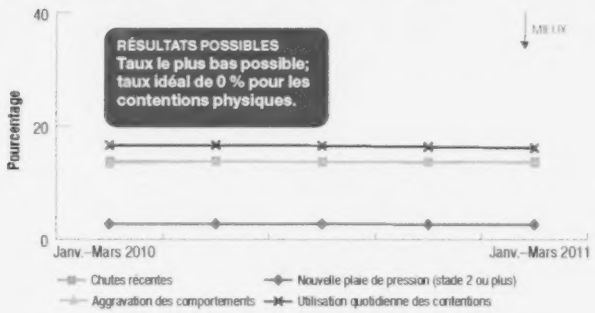
* Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, les hôpitaux doivent établir un plan annuel d'amélioration de la qualité (PAQ) traitant des incidents critiques. Consulter la publication de QSSO, *Plan d'amélioration de la qualité 2011 : Une analyse à l'appui de l'apprentissage*[108], pour obtenir des conseils sur la façon de bien structurer ces plans et des exemples d'objectifs que les grands hôpitaux intègrent dans leurs plans pour améliorer les résultats au chapitre des infections nosocomiales et des taux de mortalité. QSSO élabore actuellement des recommandations fondées sur des preuves au sujet des pratiques sécuritaires pour l'administration de plusieurs médicaments par voie intraveineuse afin de prévenir des erreurs.
- des soins de santé plus sécuritaires maintenant! est un programme de l'Institut canadien pour la santé des patients qui fournit des trousses de soins pour les PVA, CIC, la vérification du traitement médicamenteux, les thromboembolismes veineux, la réduction du taux de chutes, les soins optimaux pour les crises cardiaques, et autres. En Ontario, plus de 500 équipes de soins de santé de 161 organismes se sont inscrites.
- Une directive ministérielle exige que tous les hôpitaux déclarent tous les incidents critiques associés aux traitements médicamenteux/médicaments administrés par intraveineuse depuis le 1er octobre 2011, dans les 30 jours qui suivent la divulgation de l'incident critique au Comité consultatif médical (CCM), à l'administrateur et/ou au patient.

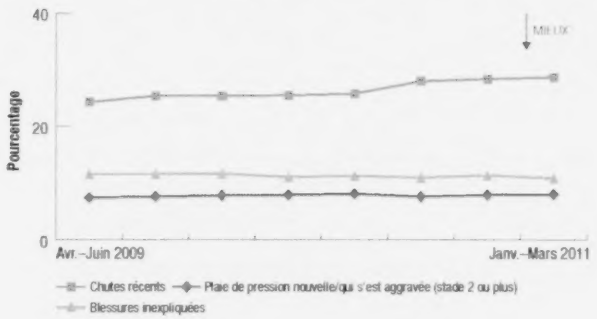
4 | Réduire au minimum les risques dans les foyers de soins de longue durée, les unités de soins continus complexes et les services de soins à domicile

Les personnes qui reçoivent des soins à domicile (SD), des soins de longue durée (SLD) ou des soins continus complexes (SCC) souffrent souvent de troubles de la santé complexes qui les exposent à des risques élevés de problèmes, comme les plaies de pression et des chutes causant des blessures. Il s'agit d'événements graves qui peuvent entraîner une perte de mobilité, réduire la qualité de vie ou nécessiter une hospitalisation[109]. Beaucoup de ces personnes sont aussi atteintes de démence et de troubles du comportement associés, par exemple agression ou errance, qui présentent un danger pour la sécurité. Il est important pour les professionnels de la santé de mettre en place diverses méthodes recommandées pour éviter ces problèmes ou mieux les gérer. Les moyens de contention physique devraient être évités, car ils peuvent entraîner des blessures et avoir des effets psychologiques négatifs.

CHUTES, PLAIES DE PRESSION, AGGRAVATION DES COMPORTEMENTS ET UTILISATION DES CONTENTIONS DANS LES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE



CHUTES, PLAIES DE PRESSION ET BLESSURES INEXPLIQUÉES CHEZ LES CLIENTS DES SOINS À DOMICILE



Les chutes, les plaies de pression, les troubles du comportement et l'utilisation des moyens de contention demeurent des problèmes communs dans les foyers de SLD et chez les clients des soins à domicile. Il y a eu peu ou pas du tout de changements dans ce domaine au cours de l'année écoulée. Bien qu'il n'y ait pas de point de référence précis disponible pour ces problèmes, il y a encore probablement beaucoup d'améliorations à faire. En ce qui concerne l'utilisation des moyens de contention, il y a certainement des améliorations à faire, car certains établissements importants ont réduit leur utilisation à zéro.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
RÉDUIRE LES RISQUES AU MINIMUM POUR LES SLD ET LES SCC	% de résidents des FSLD qui ont fait une chute au cours des 30 jours précédents	14 %*	Pas de changement	Taux le plus bas possible tout en préservant la mobilité.
	Taux de chutes chez les résidents âgés des FSLD pour 100 années-résident donnant lieu à une visite aux urgences	8,8 %**		
	% de résidents des FSLD ayant une nouvelle plaie de pression (stade 2 ou plus)	2,6 %*		Taux le plus bas possible.
	% de résidents dont la plaie de pression s'est aggravée depuis peu	2,8 %*		
	% de résidents des FSLD dont le comportement s'est aggravé depuis peu	14 %*		
	% de résidents des FSLD pour lesquels on a utilisé un moyen de contention physique	16 %*		Près de 0 %.
	% de patients des SCC qui n'ont pas d'antécédents récents de chute, mais ont chuté au cours des 90 jours précédents	10 %*	s.o.	Taux le plus bas possible.
	% de patients des SCC qui prennent des antipsychotiques sans raison particulière	32 %*		
RÉDUIRE LES RISQUES AU MINIMUM POUR LES SD	% de clients des SD qui indiquent avoir chuté au cours des 90 jours précédents	28 %***	Légère détérioration	Taux le plus bas possible.
	% de clients des SD qui ont une nouvelle plaie de pression (stades 2 à 4) ou une plaie de pression qui ne s'est pas guérie	7,9 %***	Pas de changement	
	% de clients des SD qui ont des blessures, des brûlures ou des fractures inexpliquées	11 %***	Pas de changement	

Source des données : *SISC, exercice 2010-2011, données fournies par l'ICIS, **SNISA, Assurance-santé de l'Ontario, RAI-MDS, janvier-mars 2011, données fournies par l'IRSS, ***SISD, exercice 2010-2011, données fournies par l'ICIS.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Méthodes recommandées pour réduire le nombre de chutes [110] :			
Effectuer une évaluation des risques, prodiguer des soins de physiothérapie, de réadaptation ou des exercices pour muscler les membres inférieurs et améliorer l'équilibre; utiliser des accessoires fonctionnels – cannes, déambulateurs, barres d'appui; utiliser des protecteurs de hanche[111]; bannir les ridelles; tester et corriger les problèmes de vision (lunettes ou chirurgie); éliminer les encombrements et les risques de trébuchement; installer un bon éclairage; éviter les problèmes d'incontinence pour que les gens ne chutent en se dépêchant d'aller aux toilettes; donner de la vitamine D et du calcium; dépister et traiter l'ostéoporose. Éviter ou supprimer les médicaments susceptibles de causer des vertiges et des chutes (p. ex., benzodiazépines).			●
Méthodes recommandées pour prévenir et traiter les plaies de pression[112,113] :			
Évaluer les risques; utiliser des matelas qui soulagent la pression pour les personnes à risque élevé; demander au personnel de vérifier régulièrement les plaies de pression de stade 1; demander au personnel de repositionner les personnes immobiles à risque élevé toutes les deux heures; administrer une bonne alimentation; éviter les problèmes d'incontinence (voir la section 3); utiliser un protocole normalisé pour le traitement des plaies de pression.		●	●
Méthodes recommandées pour traiter les troubles du comportement sans médicament ou contention physique :			
Utiliser des protocoles de désescalade pour les comportements agressifs; utiliser des instructions en langage simple et un bon contact visuel pour éviter les frustrations; utiliser des détecteurs de mouvement pour les personnes qui ont tendance à errer; offrir des activités sociales, des visites fréquentes afin d'éviter l'isolation sociale; reconnaître la douleur chez les personnes incapables de communiquer qui peuvent avoir des comportements difficiles. Envisager de recourir à la thérapie par les animaux, le toucher, les programmes musicaux et l'aromathérapie[114].			●
Idées de mise en œuvre pour tous :			
Processus : Intégrer les **évaluations des risques** aux prescriptions normalisées. Établir des **routines normalisées** pour vérifier régulièrement les dangers (encombrement, mauvais éclairage, chaussures dangereuses, etc.). Si une personne est transférée (p. ex., aux urgences), ne pas oublier de préciser si elle est susceptible de **développer des plaies de pression** ou de faire des chutes. **Vérifier le traitement médicamenteux** périodiquement et après un transfert pour s'assurer que des antipsychotiques ne soient pas administrés inutilement. Instaurer un horaire de repositionnement et des **rappels visuels** pour changer la position des personnes à risque à intervalles réguliers[115].			●
Mesure/Rétroaction : Afficher les taux de ces événements par foyer de SLD ou étage. Utiliser les DME pour informer **le médecin traitant** des médicaments habituellement prescrits[116].			●
Compétences professionnelles : Vérifier si le personnel sait reconnaître la douleur et s'il connaît les techniques de désescalade, de dépistage précoce des plaies de pression, etc.			●
Participation des usagers/familles : Informer les clients/résidents et les familles sur la façon de déceler les plaies de pression à leur début. Aider les gens à surmonter le sentiment de honte ou d'incompétences qui peut les empêcher d'utiliser une canne ou un déambulateur lorsqu'ils en ont besoin. **Faire participer les familles** aux discussions sur l'usage des antipsychotiques contre la démence et les problèmes de comportement. **Discuter des risques** associés aux moyens de contention pour encourager les familles à ne pas les exiger.	●		●
Incitatifs et financement : Fournir des matelas qui soulagent la pression pour les personnes à risque élevé. Il faut pour cela **modifier les mécanismes en place actuellement** en vertu desquels le financement des matelas dans les foyers de SLD n'est fourni qu'après le développement d'une plaie de pression et pas avant.		●	

* Que se passe-t-il en Ontario?

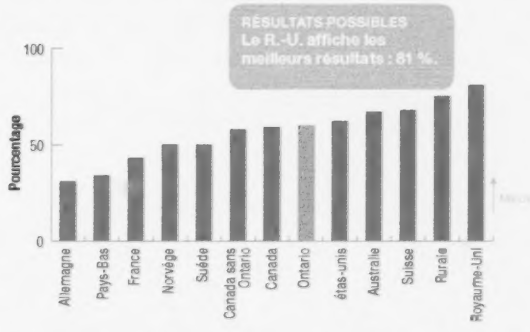
- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** *Priorité aux résidents* est une initiative entreprise en Ontario afin d'aider les foyers de SLD à instaurer un cadre qui améliore la qualité de la vie des résidents. Les domaines nécessitant des améliorations comprennent : chutes, plaies de pression et troubles du comportement. Les foyers participants reçoivent une formation structurée en amélioration de la qualité, ont la possibilité d'accéder à des initiatives d'amélioration de la qualité et de recevoir des trousses de changement qui décrivent des méthodes recommandées et comprennent des conseils de mise en œuvre. Visiter http://french.residentsfirst.ca/.
- Pour en savoir sur les preuves scientifiques qui sous-tendent les pratiques exemplaires recommandées ci-dessus, consulter les documents du CCOTS intitulés Reports for Aging in the Community (2008)[117], les mesures de prévention des plaies de pression (2009)[118], les mesures de prévention des chutes (2008) et Falls/Fractures Economic Model in Ontario's Residents (2008)[119], sur le site Web de QSSO.
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a publié des lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires pour la prévention des chutes et des plaies de pression, qui déterminent des pratiques infirmières fondées sur des preuves et comprennent des outils et des ressources pratiques pour la mise en oeuvre[120,121].
- Le Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes a été lancé en novembre 2010 pour être repris en priorité par les RLISS. Un comité de mobilisation a été établi dans le cadre de ce projet pour réunir les RLISS, les bureaux de santé publique et d'autres organismes pour qu'ils formulent un cadre et une trousse de prévention de chutes afin d'aider à réduire le taux de chutes et les répercussions sur les personnes âgées dans toute la province[122].
- Le Projet d'intégration des soins est un projet parrainé par le MSSLD, l'Association ontarienne des centres d'accès aux soins communautaires et la Rotman Collaborative for Health Sector Strategy. Le Projet d'intégration des soins est un modèle axé sur la population qui détermine et teste les changements apportés aux modèles de financement et de prestation de soins à domicile et communautaires afin d'optimiser les ressources et les résultats pour les Ontariennes et Ontariens.

5 | Expérience des patients dans les hôpitaux de soins actifs, aux urgences et au chapitre des soins non institutionnels

L'expérience des patients est l'un des attributs fondamentaux de la qualité. Qu'il s'agisse d'une personne sur le million qui quitte l'hôpital[123] ou sur les cinq millions qui vont aux urgences[124] ou des usagers des soins primaires, une bonne expérience et une bonne communication accroissent les chances que les patients comprennent leur état et la probabilité qu'ils respectent le traitement recommandé[125].

EXPÉRIENCE DES PATIENTS À L'HÔPITAL

POURCENTAGE D'ADULTES MALADES QUI JUGENT LA QUALITÉ GÉNÉRALE DES SOINS MÉDICAUX REÇUS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS EXCELLENTE OU TRÈS BONNE



Des améliorations considérables peuvent être apportées à l'expérience des patients concernant la communication, leur participation aux décisions et la coordination des soins. Environ une personne hospitalisée sur trois ne comprend pas les réponses qui lui sont fournies. Environ un adulte malade sur quatre n'a pas la possibilité de poser suffisamment de questions ou de participer aux décisions relatives aux soins. Environ un adulte malade sur trois ne croit pas qu'une personne coordonne toujours les soins prodigués par d'autres médecins ou dans d'autres établissements. En ce qui concerne les soins hospitaliers, la façon dont les patients perçoivent l'expérience vécue au fil du temps n'a pas beaucoup changé. Il faut régler ces problèmes pour améliorer l'évaluation globale du taux de satisfaction et de l'expérience.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
EXPÉRIENCE DES PATIENTS DANS LES HÔPITAUX DE SOINS ACTIFS ET AUX URGENCES	% de patients qui recommanderaient définitivement leur hôpital à leurs amis et membres de leur famille : – hôpital – urgences	 73 %** 58 %**	 Détérioration Pas de changement	85-90 % – Principaux hôpitaux ontariens et étasuniens[126] 75 %-84 % – Principaux services des urgences de l'Ontario[α].
	% de patients qui estimaient que le personnel a fait le maximum pour soulager leur douleur : – hôpital – urgences	 78 %** 52 %**	 Pas de changement	Taux le plus élevé possible.
	% de patients qui ont reçu des réponses qu'ils pouvaient comprendre lorsqu'ils ont posé des questions importantes à : – une infirmière de l'hôpital – une infirmière des urgences – un médecin de l'hôpital – un médecin des urgences % de patients qui étaient capables de comprendre les explications au sujet des résultats des examens : – hôpital – urgences	 71 %** 67 %** 74 %** 71 %** 70 %** 66 %**	 Amélioration Amélioration Pas de changement Amélioration Pas de changement Pas de changement	Certains hôpitaux ontariens dépassent 80 %[α].
EXPÉRIENCE AU CHAPITRE DES SOINS NON INSTITUTIONNELS	% d'adultes très malades qui jugent la qualité des soins médicaux reçus au cours des 12 derniers mois excellente ou très bonne	60 %*	s.o.	Le R.-U. affiche les meilleurs résultats : 81%.
	% d'adultes très malades ayant reçu des soins de spécialistes ou de consultants, qui ont déclaré que ces derniers leur offraient toujours/souvent : – la possibilité de poser des questions – des renseignements sur les options de traitement – de participer aux décisions concernant les soins ou traitements	 77 %* 71 %* 77 %*	 s.o. s.o. s.o.	Résultats affichés par la Suisse : 92 %, 92 % et 85 % respectivement.
	% d'adultes très malades ayant un médecin ou un établissement médical attitré qui estiment qu'on les aide toujours/souvent à coordonner les soins prodigués par d'autres médecins ou établissements, p. ex, pour la prise de rendez-vous	65 %*	s.o.	Taux le plus élevé possible.

Source des données : *Sondage international 2011 des adultes très malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, **Enquêtes sur la satisfaction des patients de NRC-Picker, données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, exercice 2010-2011, α : fondé sur les données de l'OHA provenant des sondages sur la satisfaction des patients de NRC- Picker.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Pour tous :			
Mesure : Procéder régulièrement à des **sondages sur** l'expérience des patients à l'aide d'échantillonnages pratiqués tout au long de l'année[127]. Communiquer **régulièrement à chaque service hospitalier** les résultats des sondages sur l'expérience des patients[128]. Mettre en place un **processus de suivi de la grille d'évaluation de la douleur** pour surveiller la façon dont l'établissement gère la douleur. Utiliser des échelles visuelles analogues ou des échelles d'évaluation de la douleur chez les personnes incapables de communiquer[129,130].		●	●
Formation : offrir des **séances de formation sur le service à la clientèle** – renforcer les compétences fondamentales concernant la bonne façon de saluer les gens, le contact visuel, l'utilisation de mots faciles à comprendre, la désescalade des conflits, l'écoute active permettant aux patients d'assimiler l'information. Observer le personnel pour voir s'il utilise ses compétences[131]. Fournir une **formation sur la compétence culturelle**[132].			●
Aides à la décision : Utiliser des **prescriptions normalisées pour le contrôle de la douleur**[133]. Utiliser des **listes de vérification** pour s'assurer qu'on fait le nécessaire pour régler les problèmes de communication avec les patients[134].			●
Processus : Mettre en œuvre des activités **d'amélioration du processus LEAN** pour réduire les pertes de temps (p. ex., temps passé à chercher les choses, déplacements inutiles, réparations des erreurs, formalités administratives excessives) et accroître le temps de communication avec les patients ou répondre plus rapidement aux demandes des patients[135]. Utiliser des **pompes d'analgésie contrôlées par les patients** qui leur permettent d'ajuster les doses en fonction de la prescription[136]. Offrir un **choix diversifié d'aliments** et répondre aux besoins des grands groupes ethniques locaux[137]. **Faire participer les patients à la conception** et à l'amélioration des processus hospitaliers[138].	●		●
Participation des patients : Encourager les patients à **s'autogérer** en établissant les mesures qu'ils peuvent prendre ou leurs propres objectifs de traitement[139]. **Encourager les patients à poser des questions** sur leur traitement ou sécurité[140] S'inspirer, par exemple, de la campagne « safe to ask », parrainée par le Manitoba Institute for Patient Safety. Utiliser des **outils normalisés d'aide à la décision pour les patients** (avec texte, vidéo) qui énumèrent les avantages et inconvénients des diverses options de traitement[141] (p. ex., la campagne « Cancer Testing: Your Options. Your Choice » d'Action Cancer Ontario). Remettre aux patients des **instructions écrites** lorsqu'ils sortent de l'hôpital et des listes de questions souvent posées[142]. Demander aux patients de **répéter** les instructions qui leur sont données pour vérifier s'ils les ont bien comprises[143]. Employer des **mots simples ou des images** pour expliquer les instructions aux personnes analphabètes[144]. Utiliser une approche « **rien sur moi sans moi** », comme le font les grands hôpitaux où on discute des traitements devant les patients et les familles[145]. Placer des **tableaux blancs dans les chambres des patients** indiquant le nom des personnes qui s'occupent d'eux, les examens prévus, la date de sortie de l'hôpital ou d'autres renseignements[146]. Informer les patients de la cause du retard et quand le problème sera résolu[147].	●		●
Incitatifs : Envisager d'intégrer des objectifs pour améliorer l'expérience des patients aux **conventions de responsabilisation**[148]. Envisager **d'établir des normes de soins** relatives à l'expérience des patients. Par exemple, aux États-Unis, certains patients reçoivent désormais des instructions écrites lorsqu'ils sortent de l'hôpital[149].		●	

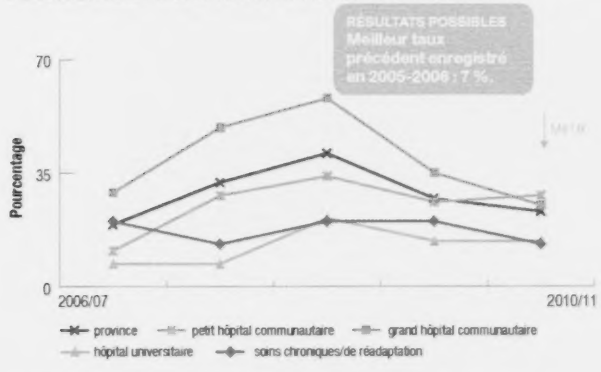
Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, chaque hôpital est tenu d'établir un processus de relation avec les patients conforme à sa déclaration de valeur. De plus, les hôpitaux doivent effectuer des sondages annuels sur l'expérience des patients et des soignants et tenir compte du processus de relation avec les patients et des résultats des sondages lorsqu'ils établissent leurs plans annuels d'amélioration de la qualité. À l'heure actuelle, tous les hôpitaux sont tenus d'inclure dans ces plans au moins un indicateur fondamental pour chaque attribut, dont l'attribut « axé sur le patient », et au moins un objectif relatif à l'expérience des patients. La publication de QSSO, *Plans d'amélioration de la qualité 2011 : une analyse à l'appui de l'apprentissage*, présente des modèles de plans exemplaires soumis par des hôpitaux en 2011 pour l'expérience des patients et la gestion de la douleur.
- L'initiative « *Testing for Cancer: My Options. My Choice* » d'Action Cancer Ontario a pour objectif de déceler la maladie à son stade le plus précoce et d'améliorer les chances de guérison chez les personnes en bonne santé qui présentent des risques moyens,. Grâce à cette initiative, les habitants de la province peuvent obtenir des renseignements sur la gamme de tests de dépistage offerts actuellement et sur les différentes options offertes aux personnes qui présentent des signes et des symptômes. En outre, les habitants de la province sont mieux informés sur la façon dont certains facteurs, comme l'âge et le sexe, justifient ou non certains examens pour certaines personnes.

6 | Coût de la prestation des services, les bons services au bon endroit et visites aux urgences évitables

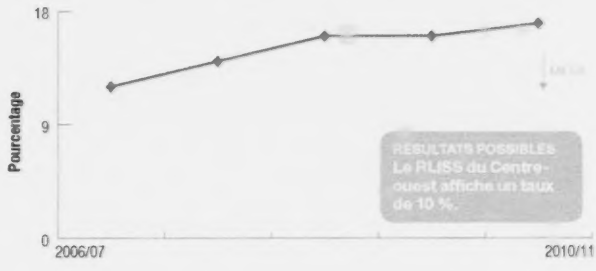
Face à la demande croissante de soins de santé et aux contraintes financières, le système de santé de l'Ontario se doit d'être aussi efficace que possible. Cela signifie que nous devons continuellement rechercher des moyens d'améliorer les pratiques, de réduire le gaspillage et d'optimiser les ressources. Puisque les hôpitaux représentent la plus grande part des dépenses de santé, leurs coûts de fonctionnement doivent être gérés dans le but d'assurer la viabilité financière[150] – au lieu de servir à réduire les déficits, l'argent des contribuables devrait être dépensé dans le but d'améliorer les soins[151]. Il est tout aussi important que les Ontariennes et Ontariens reçoivent les bons soins de santé au bon endroit. Les affections nécessitant des soins actifs et spécialisés devraient être traitées à l'hôpital, tandis que celles qui peuvent être prises en charge dans un cabinet de soins primaires devraient être traitées ailleurs. Les patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS) hospitalisés inutilement à cause du manque d'options dans la collectivité risquent de voir leur état se détériorer davantage, parfois jusqu'au point où les soins de longue durée deviennent l'unique solution[152]. De même, lorsque les patients vont aux urgences pour des problèmes qui pourraient être évités ou parce qu'ils n'ont pas accès aux soins primaires, ils risquent d'être désorientés, angoissés et de ne pas recevoir les soins dont ils ont besoin[153,154]. Globalement, ces problèmes ont entraîné une augmentation des temps d'attente, des coûts des soins et des désagréments pour les patients.

POURCENTAGE D'HÔPITAUX AFFICHANT UN DÉFICIT



En Ontario, environ un hôpital sur quatre a enregistré un déficit pendant l'exercice 2010-2011. Au cours de l'année écoulée, les taux ont diminué de 15 %. La plus forte baisse a été enregistrée par les grands hôpitaux communautaires dont le déficit a diminué d'un tiers l'an dernier. Il est encore possible d'éviter les déficits.

POURCENTAGE DE LITS D'HÔPITAL DÉSIGNÉS AUTRES NIVEAUX DE SOINS (ANS)



En Ontario, un lit d'hôpital sur six est utilisé pour les personnes nécessitant d'autres niveaux de soins. Ce problème s'est aggravé au cours des cinq dernières années malgré les récents investissements dans la stratégie provinciale Vieillir chez soi. Beaucoup de personnes attendent à l'hôpital d'être admises dans un foyer de SLD. Dans le même temps, 20 % des personnes en foyer de SLD auraient pu être placées ailleurs dans la collectivité. Il est essentiel de créer de nouvelles options pour ces personnes afin de réduire le nombre de jours-lit ANS.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
COÛT DE LA PRESTATION DES SERVICES	% d'hôpitaux affichant un déficit : – province – petit hôpital communautaire – grand hôpital communautaire – hôpital universitaire – soins chroniques/de réadaptation	 23 %* 28 %* 25 %* 14 %* 13 %*	Amélioration	Taux idéal : 0 %; le meilleur taux précédent a été enregistré en 2005-2006 par les hôpitaux universitaires (7 %) et par les petits hôpitaux communautaires (11 %).
LE BON SERVICE AU BON ENDROIT	% de lits d'hôpitaux désignés autres niveaux de soins (ANC)	17 %**	Détérioration	10 % (RLISS du Centre-Ouest).
	% de clients des soins à domicile placés dans un FSLD alors qu'ils auraient pu continuer de vivre chez eux ou être logés ailleurs dans la collectivité	19 %***	Amélioration	Pas de point de référence pour le moment, mais le taux pourrait être plus bas.
VISITES AUX URGENCES ÉVITABLES	Nombre de visites aux urgences pour des affections qui auraient pu être traitées dans le cadre de soins ambulatoires pour 100 résidents de FSLD par an	5,6†	s.o.	Pas de point de référence pour le moment, mais le taux pourrait être plus bas.
	% d'adultes très malades qui sont allés aux urgences pour une affection qui aurait pu être soignée par leur médecin traitant s'il avait été disponible	37 %††	s.o.	16 % (R.-U.).

Source des données : *Données fournies par le MSSLD, exercice 2010-2011, données fournies par QSSO ** BDCP, exercice 2010-2011, données fournies par le MSSLD et ACO, ***Basé sur le score MAPLe. Base de données sur le profil des clients, MSSLD, janv.-mars 2011, données fournies par l'ACASCO. † SNISA, Assurance-santé de l'Ontario, RAI-MDS 2.0, exercice 2010-2011, données fournies par l'ICIS, †† Sondage international 2011 des adultes très malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Coût de la prestation des services :			
Processus : Éliminer les examens inutiles et les traitements inefficaces. Par exemple, le CCOTS ne recommande pas de combiner la vérification continue du glucose à la surveillance par les patients de leur taux de glucose dans le sang pour la gestion du diabète insulino-dépendant, car cette méthode n'est pas plus efficace que la surveillance seulement par les patients de leur taux de glucose dans le sang[155]. Le CCOTS recommande également que les personnes atteintes de diabète de type 2 n'utilisent pas les pompes à perfusion continue d'insuline pour le traitement du diabète et que cette méthode fasse l'objet d'un examen plus approfondi afin d'en déterminer l'efficacité chez les personnes atteintes de diabète de type 1[156]. Autre exemple, le CCOTS recommande de ne pas utiliser les IRM de routine pour évaluer la viabilité myocardique, car il n'y a pas de preuves suffisantes quant à l'exactitude de leur diagnostic[157]. De même, les bilans systématiques de vitamine D ne sont pas recommandés, car leur utilité clinique n'a pas été clairement établie[158]. Par conséquent, il est important de prendre en compte des preuves de bonne qualité et récentes pour ces traitements et d'autres traitements avant de prendre des décisions au sujet des soins pris en charge par l'Assurance-santé.		●	●
Mesure/Rétroaction et aides à la décision : Utiliser des **systèmes de commande électroniques** qui génèrent des données sur les indications spécifiques relatives à un examen, afin d'en évaluer la pertinence. Par exemple, le CCOTS recommande un tel système pour les tomodensitométries et les IRM aux fins d'examen des maux de tête[159].			●
Changement dans la capacité et ressources : Renforcer les soins primaires afin de soulager la pression sur les soins actifs fournis par les hôpitaux. Les fournisseurs de soins primaires peuvent mettre davantage l'accent sur la prévention et la gestion efficace des maladies chroniques afin d'éviter les hospitalisations inutiles *(voir la section 3)*.		●	●
Processus : Réduire le taux de réadmission grâce à de meilleurs processus de sortie *(voir la section 8)*.			●
Processus : Éliminer les processus inefficaces, p. ex., grâce à l'initiative Priorité aux résidents, qui jouit de l'appui de QSSO, certains foyers de SLD ont réduit les formalités administratives inutiles, ce qui leur a permis d'engager davantage de personnel pour s'occuper des patients[160].			●
Les bons services au bon endroit :			
Processus : Réduire le nombre de jours-lit ANS, **prévenir le déconditionnement à l'hôpital** au moyen d'activités comme les soins de réadaptation réguliers[161]. Voir les sections 3 et 4 pour des stratégies qui peuvent contribuer à améliorer l'incontinence et à prévenir les chutes et les plaies de pression. Éviter de transférer les gens directement de l'hôpital dans un foyer de SLD en adhérant à la philosophie Chez soi avant tout[162], en vertu de laquelle les patients réintègrent leur domicile grâce aux soins à domicile; ainsi, il est possible de prendre les décisions importantes au sujet du placement dans un foyer de SLD ou envisager d'autres options de logement avec services de soutien pendant que la personne est chez elle et non à l'hôpital.			●
Changement dans la capacité et ressources : Accroître les options autres que les SLD en proposant des soins à domicile ou un logement avec services de soutien. Les logements avec services de soutien consistent en un service subventionné qui permet aux gens de vivre chez eux tout en bénéficiant d'une aide 24 heures sur 24 s'ils ont besoin de soins moindres que ceux prodigués dans un foyer de SLD mais plus intenses que les soins à domicile[163].		●	
Visites aux urgences évitables :			
Compétences professionnelles : Permettre aux membres du personnel des foyers de SLD de se perfectionner pour pouvoir poser un diagnostic et prendre en charge les affections peu complexes dans le foyer plutôt que d'envoyer les résidents aux urgences.			●
Ressources : Envisager de recourir à des **infirmières et infirmiers praticiens dans les foyers de SLD**[164]. Envisager d'utiliser la **télésurveillance** pour permettre à un médecin ou à un autre professionnel de la santé de procéder à une consultation d'un résident à distance[165].		●	●
Incitatifs/motivation : Envisager des stratégies ou **encourager les médecins de garde à se rendre au foyer de SLD** quand un résident doit être examiné.		●	●
Participation des patients : Expliquer aux résidents et aux familles quand il est possible de soigner un résident au foyer ou quand un transfert aux urgences s'impose afin de réduire le nombre de demandes de transfert inutile.	●		●
Changement dans la capacité et ressources : Accroître le nombre de cabinets de soins primaires qui offrent des soins après les heures. Par exemple, les équipes de santé familiale sont tenues de fournir des soins après les heures et pendant les fins de semaine[166].		●	
Processus : Promouvoir le principe d'accès ouvert, méthode de prise de rendez-vous ayant pour but de réduire les attentes avant de voir un médecin (section 2).			●

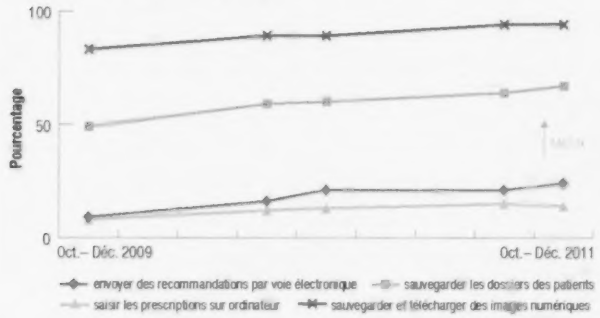
Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** Pour en savoir plus sur la façon de mettre en œuvre quelques-unes de ces idées dans les foyers de soins de longue durée, consulter le guide Priorité aux résidents portant sur l'utilisation des salles des urgences (http://french.residentsfirst.ca/). Visiter le site Web de QSSO (http://www.hqontario.ca/fr/index.html) pour plus de détails sur les données probantes qui sous-tendent les recommandations contre le financement de certains services, comme les examens du taux de vitamine D et les pompes à insuline.
- L'Ontario investit près de 1 milliard de dollars dans la stratégie Vieillir chez soi afin d'améliorer l'accès au continuum de soins communautaires pour les personnes âgées et leurs soignants. Cette stratégie permet aux gens de mener des vies saines et autonomes en aidant les personnes qui souhaitent continuer de vivre chez elles à le faire en toute sécurité et dans la dignité. Le but est de trouver des cadres appropriés pour les patients prêts à sortir des hôpitaux de soins actifs, ce qui pourrait contribuer à réduire la pression sur les hôpitaux et les foyers de SLD, à éviter les hospitalisations inutiles, à réduire les attentes aux urgences et, au bout du compte, à réduire les ANS.

7 | Technologie de l'information et milieux de travail sains

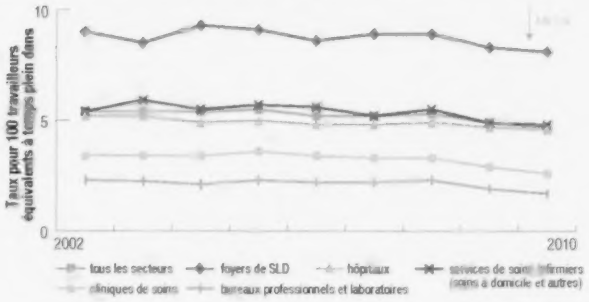
La technologie de l'information (TI) dans le domaine de la santé comprend des systèmes informatiques sécurisés qui facilitent la collecte et la gestion de l'information tout en la relayant aux professionnels de la santé[167]. La non-communication des renseignements et des données cliniques entre les soignants peut entraver la communication et la continuité des soins[168]. Un milieu de travail sain applique une approche globale pour instaurer des conditions de travail qui optimisent le bien-être des travailleurs, la qualité des soins et la performance de l'organisme[169,170]. Un milieu de travail pas sain est souvent associé à l'absentéisme du personnel, à des taux de roulement élevés, à l'insatisfaction du personnel et à des soins de qualité moindre[171,172,173,174,175].

POURCENTAGE D'HÔPITAUX DOTÉS D'APPLICATIONS TI EN DIRECT ET OPÉRATIONNELLES



Les hôpitaux ontariens sont de plus en plus nombreux à mettre en œuvre la TI. Presque tous les hôpitaux produisent maintenant des images diagnostiques par voie électronique. Toutefois, l'interaction entre les hôpitaux et d'autres organismes médicaux et les professionnels est encore trop faible; par exemple, ils ne sont que 21 % à pouvoir transmettre des recommandations par voie électronique.

TAUX DE BLESSURES DONNANT LIEU À UNE ABSENCE DU TRAVAIL ET N'ENTRAÎNANT PAS D'ABSENCE À TEMPS PLEIN PAR SECTEUR



Après plusieurs années de changements mineurs, les taux de blessures avec absence et sans absence ont diminué depuis 2009 pour les travailleurs de tous les secteurs de la santé. Entre 2009 et 2010, les plus fortes baisses ont été constatées dans les bureaux professionnels et les laboratoires (12 %) et dans les cliniques de soins (11 %).

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
TECH. DE L'INFO. (TI)	% d'hôpitaux qui utilisent des applications TI pour :			
	– envoyer des recommandations par voie électronique	24 %*	Amélioration	Pas de point de référence pour le moment, mais le taux pourrait être plus élevé.
	– sauvegarder les dossiers des patients	67 %*		
	– saisir les prescriptions sur ordinateur	14 %*		
	– sauvegarder et télécharger des images numériques	94 %*		
MILIEUX DE TRAVAIL SAINS	Taux de blessures donnant lieu à une absence du travail et n'entraînant pas d'absence pour 100 travailleurs équivalents à temps plein dans :		Amélioration récente	Pas de point de référence pour le moment, mais le taux pourrait être plus bas.
	– tous les secteurs	4,7**		
	– les foyers de SLD	8,1**		
	– les hôpitaux	4,6**		
	– les services de soins infirmiers (soins à domicile et autres)	4,8**		
	– cliniques de soins	2,6**		
	– les bureaux professionnels et les laboratoires	1,7**		
	% de fournisseurs de soins primaires à domicile souffrant de détresse et(ou) incapables de continuer à fournir des soins	21 %***	Détérioration	Érié St. Clair affiche un taux de 16 %.

Source des données : *Base de données HIMSS Analytics, octobre-décembre 2011, données fournies par l'OHA, les données se rapportent à tous les hôpitaux; **CSPAAT, 2010, ***Système d'information sur les soins à domicile, exercice financier 2011-2012, données fournies par l'ICIS.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Technologie de l'information :			
Élaborer une analyse de rentabilité du système de **DME** afin d'encourager les établissements à l'adopter et à le mettre en œuvre[176].		●	●
Promouvoir la capacité des DES et des DME d'améliorer la productivité. Lorsque les cabinets adoptent le système de DME, celui-ci peut accroître la productivité en rationalisant les processus et en réduisant le double emploi, par exemple, les répétitions inutiles d'examens et de traitements[177].		●	●
Établir et appuyer des **normes de données communes** au niveau national et provincial afin de faciliter le transfert de données entre des systèmes différents[178].		●	
Identifier les défenseurs et les chefs de file[179]. Les professionnels de la santé qui connaissent le fonctionnement des DME peuvent rassurer leurs collègues en leur expliquant qu'il existe des protocoles normalisés de protection contre les problèmes informatiques ou les conseillant sur la façon de mettre en place un système de DME en toute tranquillité.			●
Milieux de travail sains :			
Évaluation : Surveiller les taux de blessures et afficher les résultats partout dans l'établissement de travail.			●
Compétences professionnelles : Lancer des **campagnes de sensibilisation auprès des professionnels de la santé** afin de renforcer les messages sur la santé et la sécurité, les techniques et les pratiques exemplaires. Cela comprend les bonnes techniques pour soulever les patients, les inspections pour déceler les dangers et l'utilisation de matériel de sécurité ou de protection[180,181]. Mettre en place des programmes de formation pour **empêcher la violence au travail**.		●	●
Ressources : Veiller à ce que les établissements médicaux investissent dans du **matériel de sécurité**, par exemple, des **élévateurs mécaniques pour le transfert des patients ayant une forte surcharge pondérale** ou des **postes de travail ergonomiques**.			●
Processus : Effectuer des **évaluations de risque** à intervalles réguliers pour déceler les dangers au travail. Mettre en œuvre des stratégies afin de **pallier les effets du travail par quarts**[182]. Fournir aux employés des renseignements sur l'hygiène du sommeil et encourager les stratégies qui peuvent servir à réduire la fatigue; envisager de modifier le travail par quarts à fin de respecter les rythmes circadiens et de donner au personnel le temps de récupérer entre les quarts, surtout après un poste de nuit[183]. Établir des calendriers de garde afin de limiter les heures de garde pour éviter les blessures dues à la fatigue.			●

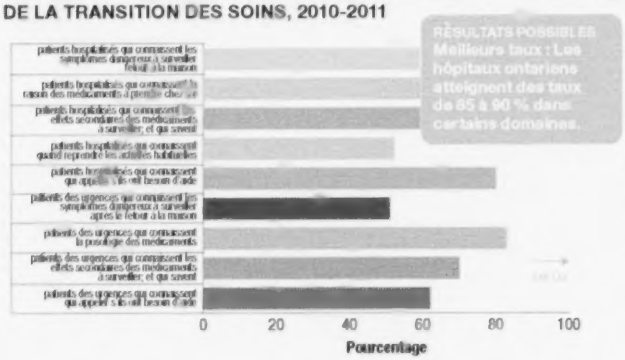
Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** QSSO collabore avec des partenaires spécialisés dans les mesures normalisées et la présentation de rapports sur les soins primaires afin de formuler des recommandations sur le contenu des DME et les spécifications que les fournisseurs doivent respecter. Ces recommandations appuieront l'évaluation du rendement, la rétroaction et la présentation de l'information, ainsi que la qualité, l'efficacité, l'efficience et la pertinence des soins.
- Le programme OntarioMD fournit des fonds et un soutien technique aux médecins qui souhaitent adopter le DME. Jusqu'à présent, plus de 9 000 médecins traitant quelque 9 millions d'Ontariennes et d'Ontariens se sont inscrits au programme. Ce dernier a été prolongé jusqu'au 31 mars 2014; il comptera alors 11 000 médecins participants. Le programme a également été élargi afin d'inclure du personnel infirmier praticien exerçant dans des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien.
- Les 73 centres de santé communautaire (CSC), 10 centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et trois cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien de l'Ontario adoptent le DME de nouvelle génération qui pourrait améliorer le partage de l'information parmi plus de 3 200 membres d'équipes interprofessionnelles. Le système amélioré permettra à une plus grande gamme d'usagers de partager l'information, y compris les pharmaciens, travailleurs sociaux, promoteurs de la santé, physiothérapeutes et travailleurs en soins psychiatriques. De plus, une fonction bilingue pourrait servir aux patients des sept collectivités francophones et d'autres collectivités bilingues de l'Ontario. L'Association des centres de santé de l'Ontario a désigné un fournisseur et le programme devrait être mis en œuvre d'ici 2013–2014.
- En vertu du règlement sur la sécurité des aiguilles afférent à *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, tous les établissements médicaux doivent utiliser des aiguilles de sécurité conçues pour éliminer ou réduire au minimum le risque de blessure percutanée. Ce règlement, qui s'appliquait à l'origine aux hôpitaux, concerne désormais les foyers de soins de longue durée, les cabinets médicaux et l'ensemble du système de santé.
- En 2011, le gouvernement de l'Ontario a désigné le premier directeur général de la prévention (DGP); le DGP sera chargé d'établir une stratégie provinciale en matière de santé et de sécurité au travail, de coordonner les systèmes de prévention en milieu de travail, et de fournir des conseils sur la prévention des blessures et des maladies professionnelles.

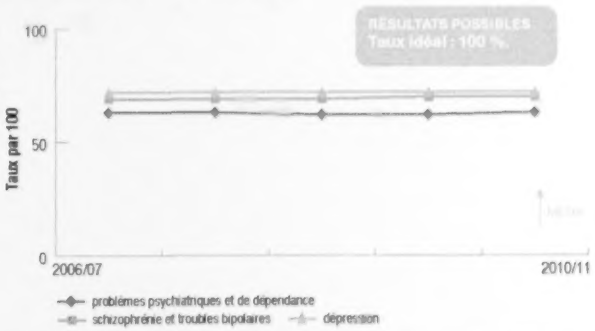
8 | Congés des patients/transitions entre l'hôpital et les soins primaires

Lorsque les gens passent d'un fournisseur de soins ou d'un établissement à un autre, par exemple, lorsqu'un patient sort de l'hôpital pour retourner dans la collectivité, il est important d'établir un bon système de communication entre établissements et d'assurer le suivi en temps voulu du patient. L'absence de coordination entre divers fournisseurs peut être associée au gaspillage de ressources, à l'interruption de la continuité des soins, à un plus grand nombre d'erreurs, à de mauvais résultats pour la santé et à l'insatisfaction des patients[184,185]. Si les instructions concernant le traitement ou le plan de soins à la sortie ne sont pas claires, il pourrait en résulter une détérioration de la santé ou le retour à l'hôpital[186].

EXPÉRIENCE DES PATIENTS AU CHAPITRE DE LA CONTINUITÉ ET DE LA TRANSITION DES SOINS, 2010-2011



POURCENTAGE DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES QUI ONT CONSULTÉ UN MÉDECIN 30 JOURS PLUS TARD



Beaucoup de patients ne reçoivent pas les renseignements dont ils ont besoin lorsqu'ils partent de l'hôpital ou des urgences. Seulement la moitié de ceux qui quittent les urgences savent quels sont les symptômes à surveiller chez soi et seulement six patients sur 10 savent qui appeler s'ils ont besoin d'aide. Près de la moitié des patients hospitalisés ne savent pas quand ils peuvent retourner à leurs activités quotidiennes. Même si la plupart des patients savent comment prendre leurs médicaments, le tiers environ ne connaît pas les effets secondaires à surveiller. En donnant aux patients l'information nécessaire, ils peuvent rester chez eux et il est possible d'éviter les retours inutiles à l'hôpital.

Environ un patient sur trois n'est pas suivi par un médecin de soins primaires dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'hôpital pour soins psychiatriques ou traitement des dépendances. La situation a peu évolué au cours des quatre dernières années. Lorsque les gens ne reçoivent pas de soins de suivi, plus grandes sont les chances qu'ils reviennent aux urgences ou sont réadmis. Par comparaison, presque tous les patients de la province hospitalisés après un infarctus aigu du myocarde ou une défaillance cardiaque ont consulté un médecin dans les quatre semaines qui ont suivi leur sortie de l'hôpital.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
CONGÉS DES PATIENTS/ TRANSITIONS ENTRE L'HÔPITAL ET LES SOINS PRIMAIRES	% de patients hospitalisés qui connaissent :			
	– les symptômes dangereux à surveiller après le retour à la maison	59 %*	Pas de changement	85-90 % (principaux hôpitaux ontariens pour les questions sur la raison des médicaments et à appeler pour avoir de l'aide).
	– la raison des médicaments à prendre chez soi	80 %*		
	– les effets secondaires des médicaments à surveiller; et qui savent	64 %*		
	– quand reprendre les activités habituelles	52 %*		
	– qui appeler s'ils ont besoin d'aide	80 %*		
	% de patients des urgences qui connaissent :			
	– les symptômes dangereux à surveiller après le retour à la maison	51 %*		
	– la posologie des médicaments	83 %*		
	– les effets secondaires des médicaments à surveiller; et qui savent	70 %*		
	– qui appeler s'ils ont besoin d'aide	62 %*		
	% d'adultes très malades qui indiquent que leur médecin traitant/généraliste semble être informé au sujet :		s.o	83 % (R.U.). 87 % (R.U.).
	– des soins qu'ils ont reçu à l'hôpital ou après une chirurgie	69 %**		
	– des soins qu'ils ont obtenus du spécialiste/ consultant	73 %**		
	% de patients ayant quitté l'hôpital après avoir été admis pour des problèmes psychiatriques qui ont pu voir un médecin 30 jours plus tard:			
	– problèmes psychiatriques et de dépendance de quelque sorte que ce soit	63 %***	Pas de changement	Taux idéal : 100 %.
	– schizophrénie et troubles bipolaires	70 %***		
	– dépression	72 %***		

Source des données : *Enquêtes sur la satisfaction des patients de NRC-Picker, exercice 2010-2011, données fournies par l'OHA,**Sondage international 2011 des adultes très malades du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, ***SIOSM, Assurance-maladie de l'Ontario, BDPI, exercice 2010-2011, données fournies par l'IRSS.

IDÉES D'AMÉLIORATION Tenir compte également de toutes les idées de changement présentées à la section 5, Expérience des patients.	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Congés des patients/transitions entre l'hôpital et les soins primaires :			
Mesure : Effectuer **continuellement des sondages** au sujet de la question des transitions entre l'hôpital et les soins de suivi. Communiquer ces données régulièrement aux diverses unités au sein de l'organisme.			●
Amélioration du processus : Fournir des **instructions écrites lorsque les patients quittent l'hôpital** libellées en langage simple et les traduire dans la mesure du possible[187]. Demander aux patients de **répéter les instructions** qui leur sont données avant de partir pour vérifier s'ils les ont bien comprises[188]. Ne pas oublier d'indiquer **dans le dossier qu'un rendez-vous de suivi documenté a été pris en temps voulu**, s'il y a lieu, avec un cabinet de soins primaires et un service de soins à domicile[189]. Organiser un **entretien** entre le médecin de l'hôpital en charge et le fournisseur de soins primaires pour qu'ils discutent de la situation du patient, notamment des personnes les plus susceptibles d'être réadmises[190]. Songer **à téléphoner** aux patients après leur sortie de l'hôpital[191].			●
Changements de ressources : Envisager de faire appel à **un consultant auprès des patients ou un gestionnaire de cas** chargé de s'assurer que ceux-ci sont capables de suivre les instructions fournies lors du départ de l'hôpital ou d'accéder aux services[192].		●	●
Incitatifs : Envisager d'intégrer certaines conditions aux contrats ou ententes de responsabilisation avec les fournisseurs de soins primaires pour qu'ils voient les patients peu de temps après leur sortie de l'hôpital[193]. De même, songer à y inclure dans les ententes avec les hôpitaux des conditions pour qu'ils améliorent la communication avec les patients et d'autres fournisseurs à la fin de l'hospitalisation[194]. **Établir des normes** pour la transmission en temps opportun de l'information aux fournisseurs de soins primaires, par exemple, que le résumé de sortie soit dicté et transmis le jour de l'admission. Ces normes pourraient être reflétées dans les objectifs aux fins de remboursement ou d'accréditation[195].		●	

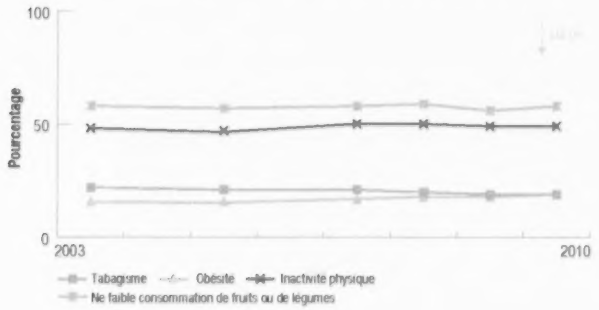
Que se passe-t-il en Ontario?

- **Ressources de QSSO aux fins d'amélioration :** En 2012–2013, QSSO organisera des webinaires et d'autres services de soutien à l'intention des hôpitaux et des organismes qui souhaitent inclure dans leurs plans d'amélioration de la qualité les objectifs de réduire le nombre de réadmission et d'améliorer la transition entre l'hôpital et les soins de suivi.
- En 2011, le Partenariat des RLISS a publié le Groupe de travail sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances intitulé « Franchir la porte », qui reconnaît les défis associés aux transitions entre les soins pour les personnes en proie à des troubles psychiatriques et à la dépendance. Le Groupe de travail a présenté des recommandations pratiques aux RLISS et aux fournisseurs de soins de santé de la province, par exemple, créer un réseau de santé mentale et de dépendances chargé d'améliorer les transitions, de se doter d'une stratégie en dehors des heures d'ouverture normales et d'un protocole pour les interventions d'urgence et d'examiner les normes AIRS (Alliance of Information and Referral Systems) afin de déterminer lesquelles sont les mieux adaptées à l'amélioration des transitions dans sa région.
- Le RLISS du Sud-Ouest a mis sur pied un programme pour les transitions entre les soins, projet pilote visant à améliorer les résultats pour les patients et à réduire les événements indésirables et le nombre de réadmissions à l'hôpital. Cette initiative met l'accent sur le rôle du conseiller en transition entre les soins; il s'agit d'une infirmière ou d'un infirmier praticien qui rend visite aux patients à risque avant leur sortie de l'hôpital et les suit après le retour à leur domicile. Le conseiller en transition entre les soins donne des conseils aux patients, s'assure ce que les rendez-vous de suivi sont pris et vérifie l'interaction entre les médicaments que les patients prennent chez eux.
- Des hôpitaux de Toronto ont mis en place un projet pilote intitulé Virtual Ward, dans le cadre duquel des services de soutien intense et de gestion de cas sont offerts temporairement aux personnes âgées qui risquent fortement d'être réadmises à l'hôpital. Les personnes âgées inscrites au programme Virtual Ward ont accès à un service de surveillance à domicile 24h sur 24 (p. ex., vérification de la pression artérielle) et peuvent accéder par téléphone à une équipe de médecins, d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé.
- Le RLISS du Centre-Ouest a mis en place un programme pilote appelé « Bridging the Gap », dans le cadre duquel le médecin de l'hôpital le plus responsable se met en rapport avec le médecin de famille. La secrétaire-réceptionniste du service fixe un rendez-vous de suivi avec le médecin de famille lorsque le patient quitte l'hôpital.
- Des hôpitaux de l'Ontario testent le système électronique Hospital Report Manager (HRM), qui permet aux fournisseurs de soins primaires utilisant un système de dossier médical électronique (DME) reconnu par la province d'accéder directement aux résumés établis après une hospitalisation. Quelque 1 000 médecins reçoivent actuellement des rapports directement de l'hôpital dans leurs DME et plus de 450 000 rapports sont transmis tous les mois.

9 | Comportements nuisibles pour la santé, mesures de prévention, et blessures et décès évitables grâce à la prévention

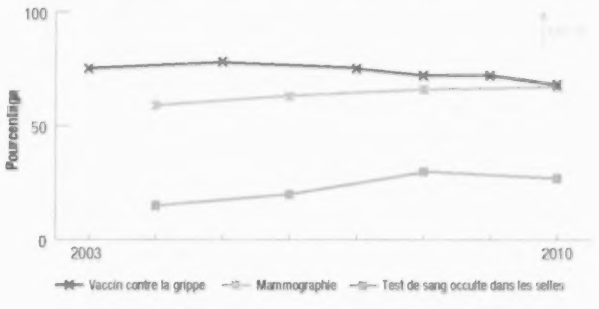
Il est essentiel d'avoir une bonne hygiène de vie pour être en bonne santé. Des comportements comme le tabagisme, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique, sont associés à un risque accru de maladie, une baisse de l'espérance de vie et de productivité, des problèmes sociaux et émotionnels, la hausse des coûts de santé et une qualité de vie réduite[196]. Il est essentiel de prendre des mesures de prévention, comme le dépistage du cancer et la vaccination, pour améliorer les résultats à moindres coûts[197,198,199]. Lorsque le dépistage du cancer n'est pas fait de manière optimale, il s'ensuit une occasion manquée de déceler la maladie à un stade précoce, la progression de la maladie jusqu'à une phase critique, une baisse du taux de survie, la hausse du fardeau financier et une guérison plus longue[200,201].

COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ EN ONTARIO, 2001-2010



L'Ontario a réduit le taux de tabagisme au cours de la dernière décennie, mais n'affiche pas d'amélioration au chapitre de l'activité physique ou de la consommation des fruits et des légumes, tandis que le taux d'obésité augmente progressivement. Il y a encore des améliorations à faire, et la C.-B. produit de meilleurs résultats que l'Ontario dans nombre de ces domaines.

MESURES DE PRÉVENTION EN ONTARIO, 2001-2010



Il y a encore des améliorations à faire au chapitre des mesures de prévention. Un tiers des personnes âgées ne se font pas vacciner contre la grippe, un tiers des femmes admissibles ne font pas de mammographie et près d'une sur quatre ne font pas de test Pap dans les délais recommandés. Le taux de dépistage du cancer du côlon s'accroît depuis quelques années, mais est encore loin de l'objectif de la province de 40 %.

Les taux de suicide sont stables depuis dix ans et les hommes se suicident plus souvent que les femmes. Le nombre d'hospitalisations pour blessure est passé à 417 alors qu'il était de 525 pour 100 000 en 2002-2003. Les choses peuvent s'améliorer pour ces deux indicateurs.

INDICATEUR		DERNIERS RÉSULTATS	DES PROGRÈS?	RÉSULTATS POSSIBLES
COMPORTEMENTS NUISIBLES POUR LA SANTÉ	% de personnes qui fument	19 %*	Amélioration	17 % (B.-C.) ou 16 % (RLISS du Centre).
	% de personnes (de 20 ans et plus) obèses	19 %*	Détérioration	13 % (B.-C.).
	% de personnes qui n'ont pas d'activité physique	49 %*	Pas de changement	42 % (B.-C.).
	% de personnes qui ne consomment pas suffisamment de fruits ou de légumes	58 %*	Pas de changement	44 %[a] ou 43 %[β, χχ]
MESURES DE PRÉVENTION	% de personnes de 65 ans et plus qui ont dit s'être fait vacciner contre la grippe l'an dernier	68 %[γ]	Détérioration	82 %[ε] et 81 %[ζ]
	% de femmes de 50 à 69 ans qui ont eu une mammographie au cours des deux dernières années	67 %[γγ]	Légère amélioration	70 % (objectif de l'Ontario, 2011).
	% de femmes de 20 à 69 ans qui ont eu un test Pap au cours des trois dernières années	72 %[γγγ]	Légère amélioration	95 % (objectif d'Action cancer Ontario pour 2020)[ωω].
	% de personnes de 50 à 74 ans qui ont passé un de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années	27 %***	Amélioration	40 % (objectif de l'Ontario, 2011).
BLESSURES ET DÉCÈS ÉVITABLES	Incidence de l'infarctus aigu du myocarde (IAM) pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	200[δ]	Amélioration	138 (RLISS de Toronto Centre).
	Suicides pour 100 000 habitants : – Globalement	7,3**	Pas de changement	Taux le plus bas possible.
	Hospitalisations dues à des blessures pour 100 000 habitants	417[γγ]	Amélioration	313 (RLISS du Centre) ou moins.

Source des données : *ESCC, 2010, données fournies par l'IRSS, **Statistique Canada 2008, tableau CANSIM 102-0552, taux de décès et de mortalité selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires, taux annuels, consulté le 24 novembre 2011;, †ESCC, 2010, données fournies par l'IRSS, ††Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, OCR, Assurance-santé de l'Ontario, BDPI, 2009-2010, calculé par l'IRSS, données fournies par ACO †††Cytobase, OCR, Assurance-santé de l'Ontario, BDPI, SNISA, BDCP, 2008-2010, calculé par l'IRSS, données fournies par ACO ***Assurance-santé de l'Ontario, BDPIB, données fournies par ACO, 2009-2010, †BDCP, BDPI, exercice 2009-2010, données fournies par l'IRSS, ††BDCP, SNISA, BDPIB, exercice 2010-2011, calculé par l'IRSS, [a]Région de la Chaudière-Appalaches (Québec), [β]Région de l'Outaouais (Québec), [χ]Colchester-Hants (Nouvelle-Écosse), [δ]Leeds-Grenville-Lanark (Ontario).

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Comportements nuisibles pour la santé :			
Interdire ou restreindre certains comportements. Il est déjà interdit de fumer dans les lieux publics[204]. Envisager de bannir les aliments à faible valeur nutritive des écoles, des hôpitaux ou des milieux de travail[205]. **Réglementer la teneur nutritive des aliments.** Par exemple, la ville de New York interdit les gras trans dans les restaurants[206].		●	
Limiter la commercialisation des comportements nuisibles pour la santé. La publicité en faveur de la cigarette et les parrainages par l'industrie du tabac sont déjà interdits[207]. Envisager de limiter la commercialisation des aliments à faible valeur nutritive dans les écoles et dans d'autres établissements[208].		●	
Étiquetage obligatoire. Les paquets de cigarettes arborent déjà des étiquettes chocs[209]. Songer à apposer de tels avertissements sur les emballages des aliments nuisibles pour la santé. Envisager d'indiquer la teneur calorique et en sel des aliments servis dans les restaurants, comme cela se fait déjà dans la ville de New York[210].		●	
Taxer les mauvaises habitudes. Les cigarettes et l'alcool sont déjà taxés[211]. Certains pays taxent les aliments nuisibles pour la santé[212].		●	
Campagnes chocs de promotion de la santé. Utiliser divers médias de masse (télévision, radio, presse, panneaux de publicité, médias sociaux, etc.) dans des langues différentes ou dans un langage visant des personnes ayant divers niveaux d'instruction pour inciter les gens à avoir une bonne hygiène de vie. Recourir à des modèles de rôle respectés pour faire passer le message[213].		●	●
Offrir des **programmes d'autogestion des soins primaires** dans la collectivité[214]. Aider les gens à se fixer des objectifs et à modifier leurs habitudes de vie, identifier les obstacles et les solutions qui fonctionnent pour eux. Tirer parti des **programmes de counselling et de soutien par les pairs**, notamment pour les problèmes de dépendance[215]. Le CCOTS a établi des preuves solides en faveur d'une méthode de counselling intensif (> 90 minutes) pour la cessation du tabagisme[216]. Envisager aussi des mesures d'information plus spécifiques, par exemple, aller dans des supermarchés pour aider les gens à reconnaître les aliments nutritifs et ceux qui sont mauvais pour la santé[217].	●	●	
Créer des communautés saines pour inciter les gens à avoir une bonne hygiène de vie, par exemple, créer des promenades ou des pistes cyclables pour encourager les gens à faire de l'exercice, des quartiers où les gens ont envie de marcher, des programmes ou des centres de mise en forme, notamment dans les quartiers où vivent les personnes vulnérables, ou faciliter l'accès aux supermarchés qui offrent des produits frais[218].		●	
Prôner des milieux de travail sains. Les employeurs peuvent offrir des programmes de mise en forme pour leurs employés et servir des aliments sains et des collations nutritives aux réunions[219].		●	
Songer à **subventionner les coûts de certains traitements** (p. ex., thérapie de substitution de la nicotine pour les personnes qui n'ont pas d'assurance-médicaments)[220].		●	
Demander aux **fournisseurs de soins de poser régulièrement des questions aux patients sur leurs habitudes de vie** et de les encourager à cesser de fumer, à avoir une alimentation saine et à s'adonner à une activité physique. Songer à utiliser des tableaux ou des alertes dans les DME pour le leur rappeler[221].			●
Mesures de prévention :			
Utiliser des registres pour envoyer des alertes aux patients lorsque le moment est venu de faire un test. À l'heure actuelle, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein[222] et ContrôleCancerColorectal[223] envoient des rappels écrits aux personnes qui doivent se faire tester. **Utiliser les DME pour alerter les fournisseurs de soins primaires** quand ils doivent appeler les patients qui doivent se faire tester ou vacciner[224].		●	●
Lancer des **campagnes de sensibilisation** pour encourager les gens à se faire tester et vacciner[225]. Utiliser divers moyens (brochures, affiches, vidéos, médias sociaux et publicité) pour diffuser le message. Utiliser un langage facile à comprendre par les groupes concernés[226].		●	●
Envisager d'offrir des **incitatifs ou de signer des ententes de responsabilisation** avec les fournisseurs de soins primaires pour le pourcentage de patients qui sont à jour pour toutes les mesures de prévention[227].		●	
Mettre en place des programmes de prévention des blessures au travail, dans l'industrie du sport et le **secteur agricole**. Faire respecter les lois sur la sécurité routière et instaurer des mécanismes de sûreté pour les routes et les intersections. Imposer le port de **protections** (p. ex., casque). **Détecter la violence familiale ou la maltraitance** au travail, dans les écoles ou lorsque les patients consultent pour d'autres problèmes. Prôner les mesures et les dispositifs de **sécurité pour les enfants** lors des consultations.	●	●	●
Blessures et décès évitables :			
Encourager l'utilisation d'outils de **dépistage et d'évaluation des risques**[228]. **Traiter les problèmes de santé sous-jacents** au moyen de traitements et de médicaments. Faire la publicité des **services de prévention des suicides** et **de gestion des crises**. Lancer des **campagnes publiques anti-stigmatisation** pour encourager le dialogue sur la santé mentale. Encourager une **couverture médiatique responsable** afin de prévenir les suicides par « imitation ».	●	●	●

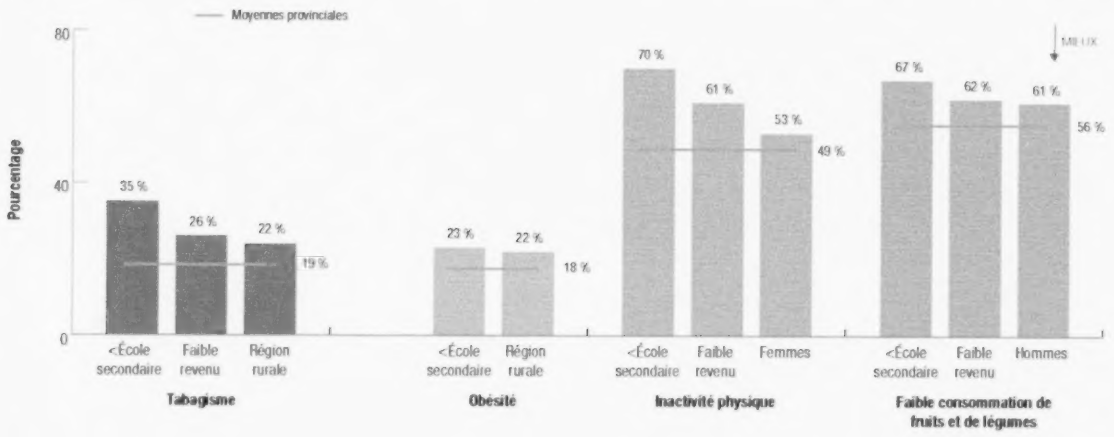
Que se passe-t-il en Ontario?

- Depuis 2011, les équipes de santé familiale participante offriront des produits de substitution de la nicotine en vente libre, p. ex. des timbres et de la gomme à la nicotine, ainsi que des séances de counselling gratuites aux patients qui veulent cesser de fumer.
- Le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2011-2015 d'Action Cancer Ontario vise, d'ici 2015, à déployer une stratégie intégrée de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon, étayée par un système de gestion de l'information et des technologies de l'information, et à fournir aux fournisseurs de soins primaires des rapports, des outils, un encadrement et des soutiens pour améliorer leurs résultats dans le domaine du dépistage.

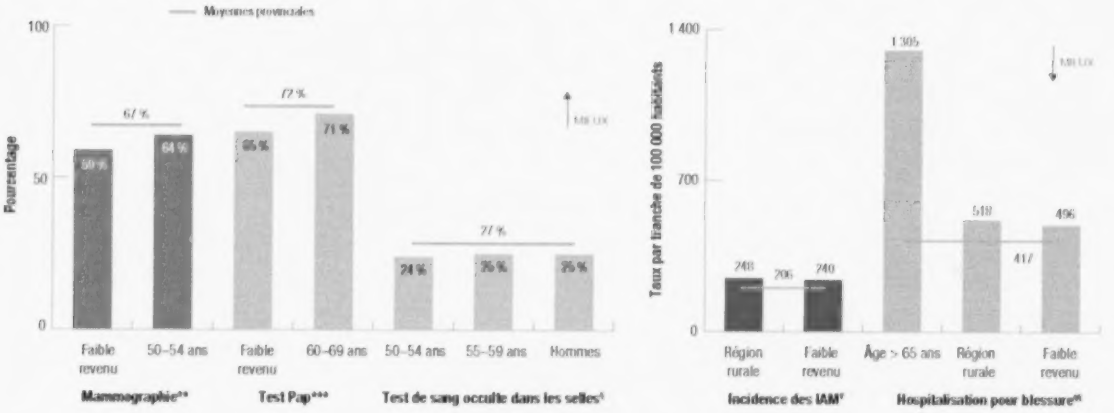
10 | Équité : Comportements à risque, mesures préventives, maladies évitables grâce à la prévention

L'équité est l'un des attributs d'un système de santé très efficace[229]. L'absence d'équité peut se traduire par un accroissement des taux de mortalité et d'invalidité et entraîner de la détresse et de l'inconfort, ce qui peut s'avérer coûteux pour le système et en compromettre la viabilité[230]. De plus, un accès inéquitable à des soins de qualité chez les membres de la société insuffisamment desservis peut avoir des conséquences néfastes sur la santé[231], se traduire par une baisse de la productivité et alourdir le fardeau sur le système[232].

ÉCARTS DANS LES COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ SELON LE REVENU, L'ÉDUCATION, LE SEXE OU LE STATUT RURAL[a]



ÉCARTS DANS LES MESURES DE PRÉVENTION ET INCIDENCE DES IAM /HOSPITALISATIONS POUR BLESSURE SELON LE REVENU, L'ÂGE OU LE STATUT RURAL



Les populations vulnérables de la province continuent d'avoir autant de difficulté à maintenir une bonne hygiène de vie, de ne pas recourir aux services de prévention et d'être en mauvaise santé. Les personnes a faible revenu[l] revenu et peu instruites sont les plus à risque. Les habitants des régions rurales sont davantage susceptibles de subir des blessures nécessitant une hospitalisation. Ces inégalités doivent être éliminées pour que tous les habitants de la province puissent bénéficier d'excellents soins de santé.

Source de données : *ESCC, 2010, calculé par l'IRSS, **PODCS, Registre des cas de cancer de l'Ontario, Assurance-santé, BDPI 2009-2010 calculé par l'IRSS, données fournies par Action Cancer Ontario,***Cytobase, Assurance-santé de l'Ontario, BDCP, SNISA, 2008-2010, calculé par l'IRSS, données fournies par Action Cancer Ontario, [i]Assurance-santé de l'Ontario, BDPI, 2009-2010, calculé par l'IRSS, données fournies par Action Cancer Ontario, [j]BDCP, BDPI, SNISA, exercice 2010-2011, calculé par l'IRSS, [m]BDCP, SNISA, BDPI, exercice 2010-2011, calculé par l'IRSS, [l]définit comme étant le quintile du revenu le plus bas.

IDÉES D'AMÉLIORATION	PATIENT	POLITIQUE	FOURNISSEUR
Pour tous :			
Entreprendre des activités **ciblées de promotion de la santé et d'approche** pour les groupes vulnérables. Si les personnes ont un faible niveau d'instruction, utiliser des images et des graphiques, un langage simple, le parler local ou la langue de la population ciblée[233]. Fournir de simples instructions point par point. Organiser des activités aux endroits où les gens se rassemblent naturellement. Pour réduire les disparités au chapitre du test Pap, élaborer et diffuser du **matériel pédagogique en plusieurs langues tenant compte des différences culturelles**, qui éliminent les mythes associés au dépistage, soulignent l'importance du test et utilisent des représentants respectés par la communauté concernée. Offrir aux femmes la possibilité de se faire examiner par une personne de sexe féminin.	●		●
Éliminer les obstacles associés aux coûts pour les personnes à faible revenu. Faire en sorte que tous puissent faire des exercices physiques grâce à des **programmes sportifs et récréatifs gratuits** ou peu coûteux et en offrant davantage de cours d'éducation physique dans les écoles[234,235]. Faciliter l'accès à des aliments nutritifs peu onéreux. Envisager d'accroître l'accès aux **programmes de cessation du tabagisme** qui offrent des **produits gratuits de remplacement de la nicotine**, p. ex., de la gomme, des inhalateurs, des timbres ou des pastilles à la nicotine, aux personnes qui n'ont pas de régime d'assurance-maladie[236]; par exemple, le programme STOP (Smoking Treatment for Ontario Patients)[237] et le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac[238]. **Offrir des services de transport et de garde à moindres coûts pour les programmes de promotion de la santé** et les programmes d'approche communautaire afin d'en accroître l'accessibilité.	●	●	
Participation des patients : Encourager les **patients à s'autogérer** au moyen de mesures d'aide et d'éducation systématiques pour qu'ils puissent gérer leurs problèmes de santé en faisant évaluer régulièrement leurs progrès et leurs problèmes, en se donnant des objectifs et en s'aidant les uns les autres. Faire la promotion des **lignes d'appel gratuites** et des sites Web offrant de plus amples renseignements. Le service Saine alimentation Ontario donne des conseils en matière de nutrition par l'entremise de diététistes professionnels. Visiter http://www.eatrightontario.ca/fr/default.aspx ou composer le numéro 1 877 510-5102.	●		●
Environnements sains : Concevoir des quartiers propices à une vie saine, qui invitent les gens à faire leurs achats et leurs commissions à pied[239]. **Accroître le nombre de patrouilles de sécurité** si la criminalité dans les quartiers défavorisés est suffisamment inquiétante pour empêcher les gens de sortir.		●	
Prévention des blessures dans les régions rurales : Déterminer les dangers particuliers aux régions rurales, comme les accidents dans les fermes, et promouvoir des mesures de prévention spécifiques. Certaines activités agricoles et récréatives, p. ex., la conduite de véhicules tout terrain (VTT), sont associées à des taux de blessures élevés. Encourager les gens à utiliser du matériel de protection (p. ex., casques) et à apprendre à manipuler ces véhicules[240].	●	●	

* Que se passe-t-il en Ontario?

- L'étude POWER (Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report), financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, a été entreprise pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins primaires. Cette étude examine les écarts entre les sexes selon un ensemble complet d'indicateurs fondés sur des preuves, comme l'accès aux fournisseurs de soins primaires, les obstacles dus aux différences linguistiques et culturelles, le degré de satisfaction à l'égard de la qualité des soins, ainsi que les différences entre les femmes, attribuables à la situation socio-économique, à l'appartenance culturelle et à la géographie.
- Le MSSLD a mis au point un outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) afin d'intégrer les principes d'équité aux processus d'élaboration de politiques, de planification et de prise de décisions dans le domaine de la santé. L'outil d'EIES schématise les répercussions *potentielles* imprévues d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de groupes particuliers (p. ex. Autochtones, francophones, femmes, hommes, personnes à faible revenu, certains groupes culturels, et habitants de certaines régions) et demander à l'évaluateur de modifier l'initiative afin d'atténuer les répercussions négatives et de maximiser les conséquences positives sur les populations concernées.
- L' Initiative ontarienne d'intervention pour la santé des Autochtones est un projet entrepris dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones afin d'examiner la raison pour laquelle les Autochtones, les Premières nations et les Métis ne bénéficient pas d'un accès égal à des services de santé de qualité et adaptés sur le plan culturel. Ce programme a pour but d'informer les fournisseurs de soins au sujet des mesures, des protocoles et des approches qui peuvent être utilisés pour pallier l'insuffisance d'établissements médicaux au service des Autochtones dans les régions éloignées.

11 Analyses des RLISS

Dans ce chapitre, nous présentons un résumé des résultats de chacun des quatorze (14) réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui indique lorsque les résultats sont supérieurs ou inférieurs à la moyenne. Sous chaque tableau, il y en a un deuxième qui montre les changements dont certains indicateurs ont fait l'objet au fil du temps.

Le rapport Observateur de la qualité 2012 (www.hqontario.ca/fr/index.html) contient une liste plus détaillée d'indicateurs, des données correspondantes et un codage couleur afin d'indiquer si les résultats des RLISS sont supérieurs ou inférieurs à la moyenne provinciale. Les écarts sont considérés comme étant significatifs s'ils sont importants à la fois sur le plan statistique[1] et clinique. Nous avons appliqué les lignes directrices suivantes pour définir les écarts importants :

TYPE D'INDICATEUR	LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX ÉCARTS SIGNIFICATIFS AU PLAN CLINIQUE ENTRE UN RLISS ET LA MOYENNE PROVINCIALE
Temps d'attente	Écart relatif de 25 %
Taux d'issues graves	Écart relatif de 25 %
Pourcentage d'adoptions d'une pratique exemplaire (mesure du processus comportant souvent un objectif de 100 %)	Écart absolu de 5 %[2]
Variable relative à l'expérience des patients (p.ex., pourcentage de patients satisfaits)	Écart absolu de 5 %

Explications des abréviations utilisées dans le présent chapitre :

ANS = autre niveau de soins (dans le cas présent, lit d'hôpital occupé par une personne qui serait mieux servie ailleurs, par exemple, un foyer de soins de longue durée)

IAM = infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque)

ICC = insuffisance cardiaque congestive

ICP = intervention coronarienne percutanée

MPOC = maladie pulmonaire obstructive chronique (emphysème ou bronchite chronique)

urgences = service des urgences

RLISS = réseau local d'intégration des services de santé

SLD = soins de longue durée

1. Pour certains indicateurs, lorsque les données ont été fournies par des tiers, les intervalles de confiance n'étaient pas disponibles, mais une signification statistique était implicite pour les estimations relatives à la taille de l'échantillon et les hypothèses concernant la distribution théorique de la variable. L'annexe technique du présent document (www.hqontario.ca/fr/index.html) contient de plus amples renseignements.
2. Dans certains cas, lorsque le taux est élevé (p. ex. 96 %), alors que l'objectif est de toute évidence 100 %, l'écart est traité comme une défaillance (p. ex. 4 %) et on considère qu'un écart relatif de 25 % est significatif (dans cet exemple, on peut considérer qu'un écart de plus ou moins 1 % est significatif).

RLISS D'ÉRIÉ-ST. CLAIR	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les soins à domicile • Diminution des temps d'attente pour les tomodensitométries et les IRM, les arthroplasties de la hanche et du genou, les chirurgies de la cataracte et les chirurgies du cancer très et peu urgentes • Réduction des taux de réadmission pour des problèmes de santé mentale • Diminution de l'incidence du VIH
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD • Hospitalisations et visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais les résultats se sont détériorés pour les plaies de pression • Sécurité et efficacité des soins à domicile (la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale) • Temps d'attente aux urgences – correspond à la moyenne provinciale, mais diminution des délais pour les cas très complexes • Temps d'attente pour les chirurgies générales (diminution des délais pour les cas très urgents) • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité due aux IAM et AVC • Pourcentage de jours-lit ANS • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Hospitalisations en raison d'une blessure • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – détérioration des résultats relatifs aux antipsychotiques • Temps d'attente plus élevés pour la plupart des angiographies, mais diminution des temps d'attente pour les cas non urgents • Comportements nuisibles pour la santé – détérioration des résultats relatifs au tabagisme et à la consommation de fruits et de légumes

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		85	92	Détérioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	9,4	10	Détérioration
	Soins peu complexes	4,5	4,5	Pas de changement
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		338	327	Légère amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		11 %	15 %	Détérioration

RLISS DU SUD-OUEST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les angiographies et les ICP • Diminution des temps d'attente aux urgences pour les cas très complexes • Diminution du pourcentage de jours-lit ANS
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD et les soins à domicile • Hospitalisations et visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD • Sécurité et efficacité des soins à domicile • Temps d'attente pour la plupart des pontages aorto-coronariens, les chirurgies générales et de la cataracte • Temps d'attente pour les IRM et les tomodensitométries – image mitigée, les temps d'attente pour les cas peu urgents étant à la baisse et les délais pour les cas très urgents à la hausse • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Comportements nuisibles pour la santé • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des taux d'hospitalisations dues à des blessures • Augmentation des temps d'attente pour les chirurgies du cancer • Augmentation des temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou (les délais pour les cas peu urgents correspondent à la moyenne provinciale) • Diminution des taux de consultation avec un médecin après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		94	93	Légère amélioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	8,2	8,4	Légère détérioration
	Soins peu complexes	4,0	3,8	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		300	302	Légère détérioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		12 %	12 %	Pas de changement

RLISS DE WATERLOO-WELLINGTON	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des taux d'hospitalisations et des visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Diminution des temps d'attente pour les chirurgies du cancer, générales et de la cataracte, les angiographies, et les arthroplasties de la hanche et du genou • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les tomodensitométries et les IRM, et les pontages aorto-coronariens – image mitigée, les temps d'attente pour les IRM et les pontages aorto-coronariens non urgents étant à la baisse • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison, mais diminution des taux de réadmissions pour ICC • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Pourcentage de jours-lit ANS • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Hospitalisations en raison d'une blessure • Comportements nuisibles pour la santé – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne; augmentation du pourcentage de personnes physiquement actives • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Taux de réadmission pour des problèmes de santé mentale
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des délais avant la première évaluation médicale et augmentation du pourcentage de patients qui ont quitté les urgences sans voir de médecin • Augmentation des temps d'attente pour les demandes à partir de la collectivité

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		226	134	Amélioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	10,2	11	Détérioration
	Soins peu complexes	5,3	5,1	Légère amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		236	239	Légère détérioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		18 %	17 %	Amélioration

RLISS DE HAMILTON-NIAGARA-HALDIMAND-BRANT	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les demandes de soins à domicile à partir de l'hôpital • Réduction du taux de visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Diminution des temps d'attente pour les ICP • Réduction des taux de réadmission pour des problèmes psychiatriques
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD • Hospitalisations évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer et de la cataracte, les arthroplasties de la hanche et les pontages aorto-coronariens • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Pourcentage de jours-lit ANS • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Hospitalisations en raison d'une blessure • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais amélioration des résultats pour les patients âgés diabétiques qui prennent régulièrement des IECA/ARA ou des statines • Comportements nuisibles pour la santé • Consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – détérioration des résultats relatifs à l'utilisation des antipsychotiques • Augmentation des temps d'attente pour les tomodensitométries et les IRM, les angiographies, les arthroplasties du genou et chirurgies générales

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		234	111	Amélioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	12,7	13	Légère détérioration
	Soins peu complexes	4,8	4,4	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		325	315	Légère amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		21 %	18 %	Amélioration

RLISS DU CENTRE-OUEST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les SLD • Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – meilleurs résultats relatifs à l'utilisation des antipsychotiques • Diminution des temps d'attente pour les tomodensitométries, les angiographies, les arthroplasties de la hanche et les chirurgies de la cataracte et générales • Meilleure utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM • Diminution du pourcentage de jours-lit ANS • Diminution du taux de visites aux urgences pour blessures auto-infligées
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les soins à domicile • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer, les IRM, et les arthroplasties du genou • Temps d'attente aux urgences, mais augmentation des délais avant la première évaluation médicale augmentation des attentes • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Hospitalisations en raison d'une blessure • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Taux de réadmission pour des problèmes psychiatriques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des taux d'hospitalisation et de visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		58	45	Amélioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	13,3	13	Légère amélioration
	Soins peu complexes	5,1	4,3	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		280	259	Amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		10 %	10 %	Pas de changement

RLISS DE MISSISSAUGA-HALTON	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Le taux d'utilisation des statines après un IAM est supérieur à l'objectif de 90 %
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les demandes de soins à domiciles à partir de la collectivité • Diminution des temps d'attente pour les angiographies et les ICP • Diminution des taux d'hospitalisations évitables pour les affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et de réadmissions pour ICC attribuables à n'importe quelle raison • Diminution du pourcentage de jours-lit ANS • Diminution des temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou • Diminution des taux des visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Augmentation des taux de consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Hospitalisations et visites aux urgences évitables pour les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des soins à domicile • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer et générales, les tomodensitométries et les IRM et les pontages aorto-coronariens • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC (utilisation réduite des bêta-bloquants chez les patients souffrant d'ICC) • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Hospitalisations en raison d'une blessure • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Comportements nuisibles pour la santé • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Taux de réadmission pour des problèmes psychiatriques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des temps d'attente pour les SLD • Augmentation des temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		80	164	Détérioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	11,5	12	Légère détérioration
	Soins peu complexes	4,3	3,9	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		203	192	Amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		9 %	11 %	Détérioration

RLISS DE TORONTO CENTRE	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – amélioration des résultats relatifs à l'utilisation des antipsychotiques • Diminution des temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte, et les arthroplasties de la hanche et du genou • Diminution du pourcentage de jours-lit ANS • Augmentation des taux de consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Diminution de l'incidence des IAM
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD • Visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer, les tomodensitométries, les IRM et les angiographies • Temps d'attente pour les IPC – image mitigée, le pourcentage de cas urgents/semi-urgents traités dans les délais prévus étant à la baisse et le pourcentage de cas non urgents traités dans les délais prévus à la hausse • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables pour les affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Dépistage préventif – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne, mais diminution des taux de mammographies • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Hospitalisations en raison d'une blessure temps d'attente aux urgences • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Comportements nuisibles pour la santé– la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais diminution des taux d'obésité • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Taux de réadmission pour des problèmes psychiatriques, mais augmentation des taux de réadmissions en raison d'une schizophrénie ou de troubles bipolaires
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des temps d'attente pour les demandes à partir de la collectivité • Augmentation des taux d'hospitalisations évitables par les résidents des foyers de SLD • Qualité du cadre de travail dans les soins à domicile – détérioration des résultats pour les soignants en détresse • Augmentation des temps d'attente pour les pontages aorto-coronariens et chirurgies générales • Augmentation des taux de pneumonie, de MPOC, et des réadmissions pour diabète attribuable à n'importe quelle raison • Hausse de l'incidence du VIH

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		108	104	Légère amélioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	15,2	13	Amélioration
	Soins peu complexes	6,1	5,4	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		241	254	Détérioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		12 %	11 %	Amélioration

RLISS DU CENTRE	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – meilleurs résultats relatifs à l'utilisation des antipsychotiques • Diminution des temps d'attente pour les chirurgies du cancer, générales et de la cataracte, les angiographies, les ICP et les arthroplasties de la hanche et du genou • Diminution des taux d'hospitalisations évitables pour les affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires • Diminution de l'incidence des IAM • Diminution des taux de visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Augmentation des taux de consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD et les soins à domicile • Hospitalisations et visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne, mais amélioration des résultats relatifs aux plaies de pression • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les tomodensitométries et les IRM • Hospitalisations évitables – réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité pour AVC • Pourcentage de jours-lit ANS • Dépistage préventif • Hospitalisations en raison d'une blessure • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Comportements nuisibles pour la santé– la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Taux de réadmission pour des problèmes psychiatriques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des temps d'attente pour les pontages aorto-coronariens (les délais pour les patients devant être traités d'urgence correspondent à la moyenne provinciale) • Hausse du taux de mortalité due aux IAM

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		93	132	Détérioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	14,7	14	Amélioration
	Soins peu complexes	4,4	3,9	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		181	180	Légère amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		15 %	16 %	Détérioration

RLISS DU CENTRE EST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les angiographies, les ICP et les chirurgies générales
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD et les soins à domicile • Hospitalisations et visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne, mais détérioration des résultats relatifs aux chutes dans les foyers de SLD donnant lieu à une visite aux urgences • Sécurité et efficacité des soins à domicile • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer, les tomodensitométries, et les arthroplasties de la hanche et du genou • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Pourcentage de jours-lit ANS • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Hospitalisations en raison d'une blessure • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale; les taux de patients âgés diabétiques qui renouvellent régulièrement leur ordonnance d'IECA/ARA ou de statines sont supérieurs à la moyenne • Comportements nuisibles pour la santé– la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais augmentation des taux d'inactivité physique • Consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Taux de réadmission pour des problèmes psychiatriques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – détérioration des résultats relatifs à l'utilisation des antipsychotiques • Augmentation des temps d'attente for les IRM et les chirurgies de la cataracte

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		126	127	Légère détérioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	12,5	12	Légère amélioration
	Soins peu complexes	5,0	4,4	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		254	251	Légère amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		18 %	20 %	Détérioration

RLISS DU SUD-EST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des taux d'hospitalisations évitables par les résidents des foyers de LSD • Diminution des temps d'attente pour les tomodensitométries et les pontages aorto-coronariens pour la plupart des indicateurs • Diminution des taux d'inactivité physique
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD • Visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Sécurité et efficacité des soins à domicile • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer et de la cataracte • Temps d'attente pour les angiographies – image mitigée, les attentes étant plus longues pour les cas urgents et plus courtes pour les cas non urgents • Temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou – image mitigée, les délais étant plus longs pour les cas urgents • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison (mais diminution du taux de réadmissions pour AVC) • Pourcentage de jours-lit ANS • Dépistage préventif • Incidence des IAM • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Hospitalisations en raison d'une blessure • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Taux de réadmission pour des problèmes psychiatriques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des temps d'attente pour les demandes de soins à domicile à partir de la collectivité • Augmentation des temps d'attente pour les IRM et les chirurgies générales • Hausse du taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Diminution du taux de consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Augmentation des taux de tabagisme

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		71	92	Détérioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	9,4	9,4	Pas de changement
	Soins peu complexes	4,2	4,0	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		317	331	Légère détérioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		17 %	14 %	Amélioration

RLISS DE CHAMPLAIN	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des taux d'hospitalisations évitables par les résidents des foyers de LSD • Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – meilleurs résultats relatifs à l'utilisation des antipsychotiques • Augmentation des taux de consultations médicales après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Augmentation des taux de test Pap et de recherche de sang occulte dans les selles
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les soins à domicile • Visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Sécurité et efficacité des soins à domicile • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer, IRM • Temps d'attente pour les pontages aorto-coronariens – image mitigée, le pourcentage de cas non urgents traités dans les délais prévus étant à la hausse • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Pourcentage de jours-lit ANS • Incidence des IAM • Visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Hospitalisations en raison d'une blessure • Comportements nuisibles pour la santé– la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais diminution des taux d'inactivité physique • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des temps d'attente pour les SLD • Augmentation des temps d'attente pour les tomodensitométries, les angiographies, les IPC, les chirurgies générales et de la cataracte, et les arthroplasties de la hanche et du genou

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		237	163	Amélioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	12	12	Pas de changement
	Soins peu complexes	5,2	5,1	Légère amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		257	257	Pas de changement
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		16 %	16 %	Pas de changement

RLISS DE SIMCOE NORD-MUSKOKA	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour Tomodensitométries
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les SLD • Hospitalisations et visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les chirurgies du cancer, les IRM, les chirurgies générales et de la cataracte (mais diminution du pourcentage pour les cas urgents de chirurgie de la cataracte traités dans les délais prévus) • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'une ICC • Hospitalisations évitables – affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires et réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Pourcentage de jours-lit ANS • Gestion des maladies chroniques – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Comportements nuisibles pour la santé– la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais détérioration des résultats pour les plaies de pression • Dépistage préventif
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des temps d'attente pour les demandes de soins à domicile à partir de la collectivité • Qualité du cadre de travail dans les soins à domicile – augmentation du pourcentage de soignants en détresse • Augmentation des temps d'attente for arthroplasties de la hanche et du genou • Diminution des prescriptions recommandées pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM • Augmentation de l'incidence des IAM • Augmentation des taux hospitalisations en raison d'une blessure • Augmentation des taux de visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Diminution des taux de consultation avec un médecin après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		219	86	Amélioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	9,6	9,3	Légère amélioration
	Soins peu complexes	4,3	4,0	Amélioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		317	314	Légère amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		20 %	19 %	Amélioration

RLISS DU NORD-EST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les IRM, pontages aorto-coronariens et les ICP • Diminution des taux d'inactivité physique
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Hospitalisations et visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais amélioration des résultats relatifs au déclin/incapacité d'améliorer la fonction vésicale • Temps d'attente aux urgences • Temps d'attente pour les tomodensitométries, et les chirurgies générales et de la cataracte • Temps d'attente pour les angiographies – image mitigée, les cas plus urgents/semi-urgents étant traités dans les délais prévus • Utilisation des bons médicaments pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Hospitalisations évitables – réadmissions attribuables à n'importe quelle raison • Taux de mortalité pour AVC • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Dépistage préventif
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des temps d'attente pour les SLD • Innocuité des médicaments dans les soins continus complexes – détérioration des résultats relatifs à l'utilisation des antipsychotiques • Augmentation des temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies du cancer • Augmentation des taux d'hospitalisations pour les affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires • Hausse du taux de mortalité due aux IAM • Augmentation du pourcentage de jours-lit ANS • Augmentation de l'incidence des IAM • Augmentation des taux hospitalisations en raison d'une blessure • Augmentation des taux de visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Gestion des maladies chroniques – détérioration des résultats pour la plupart des indicateurs • Diminution des taux de consultation avec un médecin après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques • Augmentation des taux de tabagisme

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		151	153	Légère détérioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	8,8	9,7	Détérioration
	Soins peu complexes	3,9	4,0	Légère détérioration
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		491	476	Légère amélioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		28 %	35 %	Détérioration

RLISS DU NORD-OUEST	
Résultats supérieurs, impossible de faire mieux	• Sans objet
Résultats supérieurs à la moyenne, possibilités de faire encore mieux	• Diminution des temps d'attente pour les chirurgies du cancer, les tomodensitométries et les IRM • Diminution du pourcentage de personnes qui ont quitté les urgences sans voir de médecin • Diminution des taux d'inactivité physique
Résultats moyens, possibilités de faire encore mieux	• Temps d'attente pour les soins à domicile • Visites aux urgences évitables par les résidents des foyers de SLD • Sécurité et efficacité des SLD – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais détérioration des résultats pour les plaies de pression • Sécurité et efficacité des soins à domicile – la plupart des indicateurs correspondent à la moyenne provinciale, mais amélioration des résultats pour les blessures inexpliquées • Temps d'attente aux urgences, mais diminution des délais avant la première évaluation médicale • Temps d'attente pour les angiographies, les chirurgies de la cataracte, et les arthroplasties de la hanche et du genou • Temps d'attente pour les IPC – image mitigée, le pourcentage de cas urgents traités dans les délais prévus étant à la baisse • Taux de mortalité due aux IAM et aux AVC • Examen de la vue routinier pour les patients diabétiques • Dépistage préventif
Résultats très inférieurs à la moyenne, possibilités de faire beaucoup mieux	• Augmentation des délais avant un placement dans un foyer de SLD • Hospitalisations évitables par les résidents des foyers de SLD • Qualité du cadre de travail dans les soins à domicile – augmentation du pourcentage de soignants en détresse • Augmentation des temps d'attente pour les générales • Diminution des prescriptions recommandées pour les personnes hospitalisées en raison d'un IAM ou d'une ICC • Augmentation des taux hospitalisations évitables – pour les affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires, et MPOC et réadmissions pour ICC attribuables à n'importe quelle raison • Augmentation du pourcentage de jours-lit ANS • Augmentation de l'incidence des IAM • Augmentation des taux hospitalisations en raison d'une blessure • Augmentation des taux de visites aux urgences pour blessures auto-infligées • Gestion des maladies chroniques – hausse du taux de complications pour les patients diabétiques, mais taux de gestion des médicaments contre le diabète égal à la moyenne provinciale • Comportements nuisibles pour la santé – hausse du taux d'obésité et de personnes ne consommant pas suffisamment de fruits et de légumes • Diminution des taux de consultation avec un médecin après la sortie de l'hôpital pour des troubles psychiatriques

CHANGEMENTS AU FIL DU TEMPS		2009–2010	2010–2011	VARIATION
Nombre médian de jours avant un placement dans un foyer de SLD *(4e trimestre de l'exercice 2009–2010 au 4e trimestre de l'exercice 2010–2011)*		171	269	Détérioration
90e percentile du temps d'attente pour les patients des urgences *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*	Soins très complexes	9,5	9,8	Légère détérioration
	Soins peu complexes	3,8	3,8	Pas de changement
Taux d'hospitalisations par tranche de 100 000 habitants pour des affections pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		529	532	Légère détérioration
Pourcentage de jours-lit de soins actifs désignés autres niveaux de soins (ANS) *(exercice 2009–2010 à exercice 2010–2011)*		18 %	22 %	Détérioration

12.1 Exemples de réussite

Autres niveaux de soins (ANS)

ORGANISME

L'Hôpital Northumberland Hills est un grand hôpital communautaire situé à Cobourg, qui dessert une région comptant quelque 60 000 habitants parmi lesquels près d'une personne sur cinq est âgée d'au moins 65 ans.

OBJECTIFS ET MESURES

- Mettre en œuvre une stratégie ANS à plusieurs volets pour combler les lacunes au niveau des services offerts aux personnes de santé fragile, et éviter le déconditionnement, les sorties prématurées ou une désignation inappropriée ANS résultant en un transfert dans un foyer de soins de longue durée.
- Réduire le taux de soins actifs ANS de 36 % à 17 %.
- Réduire les taux de réadmission dans les 30 jours qui suivent la sortie du programme de soins de rétablissement (PSR).
- Cibler la durée du PSR à 42 jours au maximum.
- Faire en sorte que plus de 50 % des patients du PSR retournent chez eux.

IDÉES DE CHANGEMENT

Changements au niveau du lieu, des ressources et de la capacité

- Fermeture de 16 lits de soins actifs ANS et de sept lits de soins continus complexes. Mise en place d'un programme de soins de rétablissement de 16 lits dans le cadre duquel des personnes âgées de santé fragile hospitalisées reçoivent un traitement intensif afin de leur permettre de réintégrer leur domicile.

Aides à la décision clinique

- Utilisation du processus Blaylock Discharge Risk Assessment pour identifier les patients des unités de soins actifs prêts à quitter l'hôpital, mais dont la situation est complexe; si la note obtenue est élevée, la personne est systématiquement prise en charge par un gestionnaire de cas du CASC et l'équipe interprofessionnelle. On utilise les notes lors des rondes quotidiennes interdisciplinaires pour de faciliter le flux des patients et faire en sorte qu'ils quittent l'hôpital en temps voulu.
- Formulaire Home First Investigation rempli pour tous les nouveaux patients ANS afin de déterminer la cause fondamentale des ANS.
- Utilisation de l'échelle de réalisation des objectifs (Goal Attainment Scale) au moment de l'admission au PSR afin d'établir le plan de soins et les objectifs individuels.
- Planification des sorties au moyen d'une liste de vérification destinée aux patients/familles.

Processus d'amélioration

- Mise en œuvre du programme Hospital Elder Life Program (HELP), qui comprend une série de processus standard afin d'empêcher le déconditionnement des personnes âgées pendant qu'elles sont hospitalisées ou délirent. Les exemples comprennent un programme de visites par des bénévoles avec stimulation cognitive structurée, des exercices quotidiens et des assistants pour aider les personnes à marcher, des stratégies d'amélioration du sommeil, des aides visuelles et auditives, une aide pour les personnes qui ne peuvent manger seules et des mesures de prévention de la déshydratation.
- Utilisation de la méthodologie LEAN avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, les partenaires communautaires et les représentants des patients/soignants pour concevoir et mettre en œuvre le programme de soins de rétablissement. Ce processus comprenait une analyse de la chaîne de valeurs et quatre événements Kaizen afin d'explorer divers aspects de l'élaboration du programme en mettant l'accent sur certains éléments, par exemple, soins axés sur la personne, pratiques exemplaires en gérontologie, pratique interprofessionnelle, bien-être, prévention et gestion des maladies chroniques, leadership clinique et partenariats communautaires.
- Examen hebdomadaire de l'information avec le CASC et le service de soutien communautaire.
- Planification interprofessionnelle des sorties et technique consistant à demander aux patients de répéter les instructions qui leur sont fournies à la sortie pour vérifier s'ils les ont bien comprises.
- Vérification qu'un rendez-vous de suivi a été pris avec le médecin de soins primaires au moment de la sortie.

Compétences professionnelles

- Affectation de personnel spécialisé en soins infirmiers cliniques dans les services de soins actifs et de soins de suivi pour s'occuper des patients ayant des besoins complexes et faire connaître les pratiques exemplaires en gérontologie aux fournisseurs de services.

Participation des patients

- Conférences de cas avec les patients, les familles et l'équipe au moment de l'admission, et réunions de planification des sorties à l'échelle de l'hôpital afin d'éliminer les problèmes potentiels.

Mesure et rétroaction

- Communication, chaque trimestre, des données sur les résultats à l'équipe interprofessionnelle.

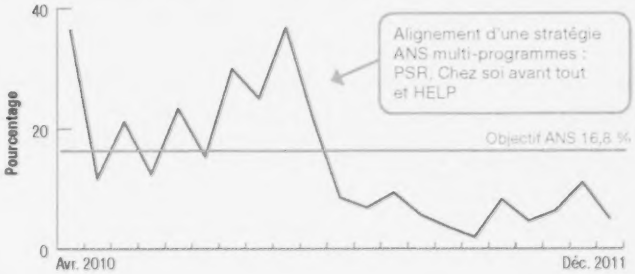
RÉSULTATS

- Diminution du taux mensuel de soins actifs ANS, qui est passé de 36 % (avril 2010) à 5 % (décembre 2011).
- Diminution du taux trimestriel de soins actifs ANS, qui est passé de 23 % (avril-juin 2010) à 7,4 % (oct.-déc. 2011).
- Baisse du taux mensuel de réadmission au PSR, qui est passé de 11 % (avril 2011) à 6,3 % (novembre 2011).
- Durée de participation au PSR : entre 18 et 21 jours.
- Pourcentage de personnes qui ont réintégré leur domicile au terme du PSR : entre 60 % et 88 % par mois.

ÉTAPES SUIVANTES

- Mettre en place de l'outil pilote de dépistage des risques de réadmission au sein de l'unité de réadaptation et rencontrer les familles des patients à risque élevé. Déployer l'outil dans tous les services cliniques.
- Créer un poste pilote afin d'orienter les patients dans les services de réadaptation et envisager d'instaurer ces fonctions dans d'autres programmes.
- Instaurer un système de gestion visuel comprenant des données électroniques sur l'utilisation, un babillard électronique interprofessionnel et un babillard électronique pour les patients, afin d'améliorer le flux des patients.
- Demander au personnel spécialisé en soins infirmiers cliniques de continuer de diffuser les connaissances sur les pratiques exemplaires en gérontologie.
- Permettre aux patients de consulter un gériatre et un psychiatre spécialisé en gériatrie.
- Superviser les personnes âgées qui souffrent de délire et dont les capacités fonctionnelles sont amoindries par suite de la mise en œuvre du processus HELP.

L'HOPITAL NORTHUMBERLAND HILLS POURCENTAGE DE SOINS ACTIFS ANS PAR MOIS



12.2 Exemples de réussite

Accès

ORGANISME

Les centres Byron et Victoria Family Medical, qui font partie du London Health Science Centre et de l'Équipe de santé familiale Thames Valley, appliquent une approche interdisciplinaire complète aux soins de santé primaires. L'équipe comprend 14 médecins, ainsi que du personnel infirmier autorisé, une infirmière praticienne, un psychologue, des travailleurs sociaux, une réceptionniste et des médecins résidents.

OBJECTIFS ET MESURES

- Diminuer les temps d'attente pour les rendez-vous, mesurés par le nombre de jours avant le 3e rendez-vous disponible
- Réduire le nombre de rendez-vous manqués, mesurés par le taux moyen de rendez-vous manqués.

IDÉES DE CHANGEMENT

Mesure et rétroaction

- Évaluation du 3e rendez-vous disponible et présentation continue des résultats aux membres de l'équipe.

Amélioration des processus

- Réunions hebdomadaires entre le personnel et le médecin pour déterminer les besoins des patients et planifier les changements à apporter au flux de travail quotidien afin de mieux gérer le nombre de rendez-vous disponibles et la demande des patients.
- Mise au point d'un modèle de prise de rendez-vous dans les DME de façon à tenir compte de la disponibilité du médecin.
- Amélioration du processus de prise de rendez-vous en modifiant l'heure de rendez-vous selon que l'état du patient est plus ou moins stabilisé et la capacité interne.
- Mise en place d'un système de rappel afin d'informer les patients de la date et de l'heure de la prochaine consultation.
- Identification des patients ayant des problèmes de mémoire et des besoins particuliers pour leur rappeler quand un examen médical de suivi est requis et faire en sorte qu'ils n'oublient pas leur rendez-vous.

Compétences professionnelles

- Apprendre au personnel de l'accueil, au personnel infirmier et aux internes à gérer l'information sur les patients figurant dans le modèle de DME.
- Fournir aux patients des scénarios afin de clarifier le processus de prise de rendez-vous reposant sur le concept d'accès ouvert.

Incitatifs

- Motiver l'équipe d'amélioration de la qualité en célébrant les réussites aux réunions mensuelles et trimestrielles.
- Encourager les internes en médecine familiale à travailler pour le centre médical afin d'accroître la capacité et permettre ainsi à l'organisme d'accueillir de nouveaux patients.

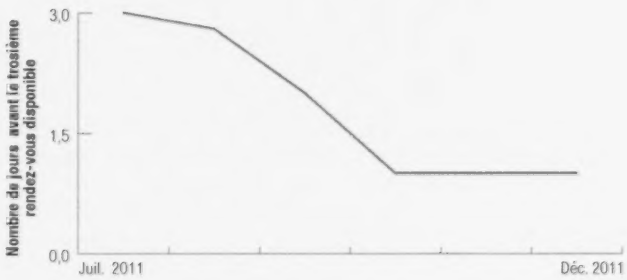
Changement au niveau de la capacité

- Redistribution des tâches entre les membres de l'équipe pour permettre au personnel infirmier agréé de conseiller les personnes qui se présentent à l'hôpital et alléger ainsi la charge de l'infirmière de triage.

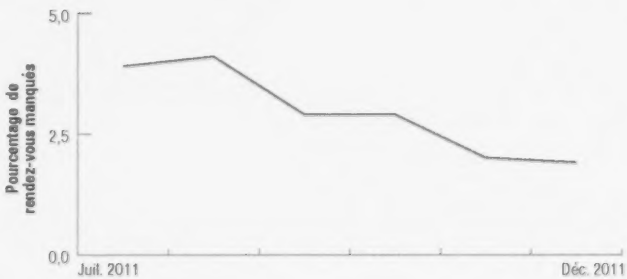
RÉSULTATS DU VICTORIA FAMILY MEDICAL CENTRE

- Diminution du nombre de jours avant le 3e rendez-vous disponible, qui est passé de trois jours en juillet 2011 à un jour en décembre 2011.
- Baisse du taux de rendez-vous manqués, qui est passé de 3,9 % en juillet 2011 à 1,9 % en décembre 2011.

VICTORIA FAMILY MEDICAL CENTRE : TROISIÈME RENDEZ-VOUS DISPONIBLE



VICTORIA FAMILY MEDICAL CENTRE : TAUX DE RENDEZ-VOUS MANQUÉS



12.3 Exemples de réussite

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

ORGANISMES

L'Équipe de santé familiale de London (ESF de London) est une équipe qui comprend 10 médecins, infirmières et d'infirmiers agréés, infirmières et infirmiers praticiens, diététistes et travailleurs sociaux. L'Équipe de santé familiale de Credit Valley (ESF de Credit Valley) est un groupe comprenant des médecins de famille, internes et professionnels de la santé, qui prodiguent des soins primaires à quelque 9 000 patients dans la région de Mississauga. Ces équipes interprofessionnelles s'efforcent d'améliorer la qualité de vie des patients en prévenant, en détectant et en gérant les maladies.

OBJECTIFS ET MESURES

- Améliorer le taux de dépistage des MPOC en pourcentage de fumeurs et d'anciens fumeurs qui ont passé le Test canadien de santé pulmonaire et pour lesquels un test de spirométrie était recommandé.
- Améliorer les taux de cessation du tabagisme chez les personnes atteintes de MPOC, mesurés en pourcentage de patients souffrant de MPOC qui ont indiqué ne plus fumer lors de la dernière consultation.
- Réduire le taux d'épisodes d'exacerbation chez les patients atteints d'une MPOC, mesurés en pourcentage de personnes atteintes d'une MPOC ayant subi un épisode d'exacerbation.

IDÉES DE CHANGEMENT

Mesure et rétroaction

Les deux équipes de santé familiale

- Encourager la rétroaction au sujet des résultats en examinant les rapports mensuels et en affichant les résultats statistiques.

Améliorations du processus

Les deux équipes de santé familiale

- Administration du Test canadien de santé pulmonaire, questionnaire normalisé mis au point par l'Association pulmonaire du Canada afin d'identifier et de dépister les personnes atteintes d'une MPOC. Ajout des tests de spirométrie et orientation des patients pour lesquels un diagnostic de MPOC est envisagé.
- Amélioration de la communication à l'aide de réunions éclair hebdomadaires et de réunions mensuelles afin d'évaluer l'évolution de la charge de travail clinique, de déterminer les questions pertinentes et de discuter d'un plan d'amélioration.

ESF de London

- Insertion d'une fonction de rappel dans le DME des patients atteints d'une MPOC.
- Établissement et transmission de l'organigramme aux fournisseurs pour les patients pour lesquels un test de spirométrie est recommandé.
- Mise en place sur Internet d'un logiciel et de modèles de DME appuyant les soins normalisés et fondés sur des preuves pour la gestion des MPOC.

ESF de Credit Valley

- Mise en place de formulaires et de modèles déroulants de logiciel DME pour appuyer les soins des MPOC normalisés et fondés sur des preuves pour la gestion et le suivi des données.
- Répartir les tâches parmi les membres du personnel afin de faciliter l'accès au programme de cessation du tabagisme et le dépistage des MPOC à l'aide d'un questionnaire dans le cadre du TCSP.
- Adoption de carnets aux pages détachables pour la prise de rendez-vous pour les examens de spirométrie annuels, l'information sur les MPOC, le suivi et les conseils en matière de cessation du tabagisme.

Compétences professionnelles

Les deux équipes de santé familiale

- Encourager les médecins et les fournisseurs de soins de santé interprofessionnels à suivre une formation TEACH (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health) afin d'améliorer les techniques de counselling en cessation du tabagisme pour les clients et les patients.

ESF de London

- Organiser des séances d'information sur la bonne façon de gérer les MPOC.
- Prôner des séances de formation pour démontrer les pratiques exemplaires en spirométrie.
- Améliorer la capacité en formant des infirmières et infirmiers agréés aux techniques de spirométrie.
- Encourager le personnel à utiliser les ressources offertes en ligne par QSSO afin d'améliorer la gestion des MPOC.

ESF de Credit Valley

- Organiser des séances d'information sur la gestion des MPOC, la cessation du tabagisme, et les programmes de promotion de la santé pulmonaire.
- Encourager les médecins et les internes à suivre des programmes d'éducation permanente, dont le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT).
- Encourager les infirmières et infirmiers praticiens et les infirmières et infirmiers agréés à suivre un programme de formation pour devenir des éducateurs certifiés en maladies respiratoires.

Incitatifs/motivation

Les deux équipes de santé familiale

- Encourager l'équipe responsable de l'amélioration de la qualité en célébrant les réussites aux réunions mensuelles et trimestrielles.

ESF de Credit Valley

- Diffuser les statistiques mensuelles au moyen de courriels et de bulletins afin de reconnaître le travail d'équipe administratif et clinique.
- Mise en place d'une initiative de reconnaissance des cliniciens par les responsables du programme.

Changement au niveau des ressources/de la capacité

ESF de Credit Valley

- Affecter 0,5 pharmacien ETP pour diriger le programme de cessation du tabagisme de l'équipe de santé familiale et 0,1 préposé au soutien administratif ETP au programme MOAT.

Participation des patients

ESF de London

- Encourager la participation des patients en instaurant un plan d'action détaillé comprenant au moins un objectif à atteindre.
- brochures de l'Association pulmonaire du Canada.

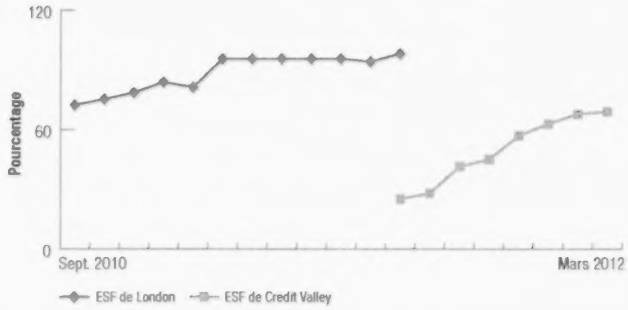
ESF de Credit Valley

- Sensibiliser les gens aux risques associés aux MPOC et à la gestion de ces maladies en plaçant des affiches et des documents d'information dans les salles d'examen et en affichant les programmes de promotion de la santé pulmonaire sur le site Web de l'ESF.

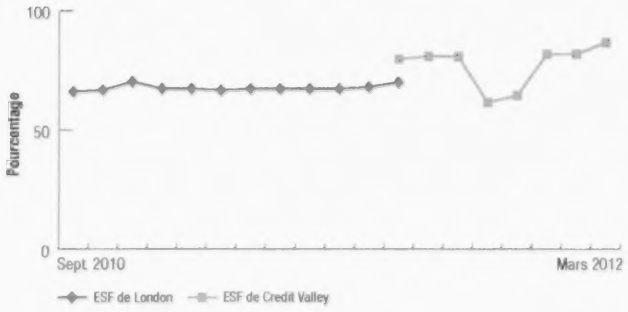
RÉSULTATS

- Réduction du pourcentage de fumeurs et d'anciens fumeurs âgés de 40 ans ayant fait l'objet d'un test de dépistage des MPOC, qui est passé de 72,2 % en septembre 2010 à 98 % en août 2011 pour l'ESF de London, et de 25,2 % en août 2011 à 69 % en mars 2012 pour l'ESF de Credit Valley.
- Diminution du pourcentage de patients atteints d'une MPOC ayant indiqué ne plus fumer lors de leur dernière consultation, qui est passé de 66 % en septembre 2010 à 70 % en août 2011 pour l'ESF de London, et de 80 % en août 2011 à 87 % en mars 2012 pour L'ESF de Credit Valley.
- Réduction du pourcentage de patients de L'ESF de London atteints d'une MPOC ayant subi un épisode d'exacerbation au cours des 12 mois précédents, qui est passé de 27,66 % en septembre 2010 à 8 % en août 2011.

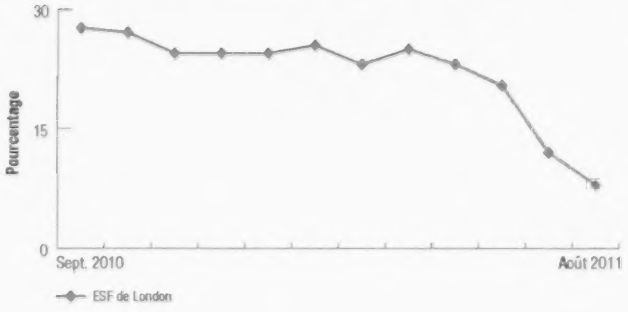
POURCENTAGE DE FUMEURS ET D'ANCIENS FUMEURS DE PLUS DE 40 ANS AYANT PASSÉ LE TEST CANADIEN DE SANTÉ PULMONAIRE



POURCENTAGE DE PATIENTS ATTEINTS D'UNE MPOC AYANT INDIQUÉ NE PAS FUMER



POURCENTAGE DE PATIENTS AYANT SUBI UN ÉPISODE D'EXACERBATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



12.4 Exemples de réussite

Autres exemples de réussite

SUJET		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MESURE	OBJECTIF	POINT DE DÉPART	VALEUR LA PLUS RÉCENTE	AMÉLIORATION RELATIVE	IDÉE DE CHANGEMENT
SOINS ACTIFS	URGENCES/ANS	**Hôpital Ross Memorial**	Moyenne des patients ANS par jour à l'HRM	Diminution relative de 10 % conformément au plan de l'amélioration de la qualité	37,4 for 2010-2011	33,1 en déc. 2011	**12 %**	Les soins gériatriques se sont améliorés grâce au modèle de transfert des connaissances, intégrant les pratiques exemplaires en gériatrie aux soins actifs et au sein de l'équipe interdisciplinaire. Le service GERI Acute est dirigé par une infirmière spécialisée en gériatrie. L'équipe comprend une infirmière en gestion des urgences en gériatrie, un physiothérapeute, un ergothérapeute, des assistants en réadaptation, un ludothérapeute et un spécialiste des soins psycho-gériatriques.
	RÉADMISSIONS POUR AVC	**Southlake Regional Health Centre**	Taux de réadmission pour le même diagnostic d'AVC/AIT dans les 30 jours	Objectif pour l'exercice 2011-20 12 : 1 %	3,1 % au cours de l'exercice 2009-2010	0,7 % en avril-nov. 2011	**77 %**	Exercices hebdomadaires d'établissement des objectifs de l'équipe interprofessionnelle, y compris les gestionnaires de cas des CSAC. Sorties en fin de semaine pour les cas difficiles afin d'évaluer les besoins des patients et des familles en terme de soutien. Liens solides entre la clinique de prévention des AVC, les IP et les services médicaux pour malades hospitalisés, partenariats entre les cliniques et les services de réadaptation cardiaque afin d'intégrer le modèle de gestion des soins des maladies chroniques, aider les patients à se prendre en charge et à adopter une bonne hygiène de vie. Orientation vers une clinique de prévention des AVC à la sortie.
SOINS PRIMAIRES	ACCÈS OUVERT ET EFFICACITÉ	**Équipe de santé familiale Huron Community**	Durée du cycle de consultation au cabinet	20 minutes	Durée du cycle de consultation 62 minutes en Janv. 2011	20 minutes in Oct. 2011	**68 %**	Réorganisation des procédés pour identifier les patients ayant des besoins complexes et les aider à consulter en temps voulu. Organiser des réunions éclair pour discuter des plans, revoir le travail et partager l'information avec le personnel infirmier et les médecins avant l'ouverture du cabinet. Utiliser les DME pour sauvegarder les rapports sur les patients et permettre au médecin d'accéder rapidement aux antécédents du patient. Fournir une carte de rendez-vous à chaque patient afin d'améliorer la communication et de faciliter la prise du prochain rendez-vous.
		St. Joseph's Health Care London	Durée moyenne de l'attente avant le 3e rendez-vous	1-3 jours	Taux moyen de 19,5 jours pour les cinq équipes le 20 avril 2011	Taux moyen de 3,4 jours pour les cinq équipes le 15 déc. 2011	**83 %**	Modification du carnet de rendez-vous afin d'améliorer l'emploi du temps. Prolonger les heures de travail des internes et des médecins pour réduire les retards. Identification des patients qui consultent souvent pour améliorer la demande. Examen hebdomadaire des données pour le 3e rendez-vous disponible. Publication des réussites dans le bulletin de l'hôpital pour féliciter le personnel. Information des patients au sujet de l'accès ouvert et sondage sur la satisfaction des patients au moyen de l'échelle Likert en cinq points.

SUJET		NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MESURE	OBJECTIF	POINT DE DÉPART	VALEUR LA PLUS RÉCENTE	AMÉLIORATION RELATIVE	IDÉE DE CHANGEMENT
SOINS À DOMICILE	ANS	**CASC du Sud-Est**	Conversion Taux /Jour conversion ANS/SLD	Baisse de 10 % du taux de conversion ANS/SLD par rapport aux taux de base	27 % (déc. 2009 – déc. 2010)	18 % (janv. 2011)	**9 %**	Mise en œuvre de la stratégie Chez soi avant tout, activation précoce et plans de soins gériatriques pour les patients ayant des besoins complexes en matière de mobilité, Évaluation des risques au début du processus d'activation afin d'identifier systématiquement les patients ANS potentiels; c'est grâce à ces interventions que l'objectif du projet a été établi pour ce sous-groupe de patients.
	TEMPS D'ATTENTE AUX URGENCES	**CASC du Centre-Ouest**	% de patients admis aux urgences et hospitalisés dans les huit heures (durée du séjour)	89 %	79 %	90 %	**14 %**	La coordination de la sortie commence au moment de l'admission, afin d'accélérer le processus et de préparer le client/la famille à une transition en douceur. En confiant à la même personne la gestion des lits et des sorties, il est possible d'avoir une vue d'ensemble des besoins du système. Le rôle de la personne chargée de coordonner les transitions devrait continuer d'évoluer à mesure que de nouvelles approches à l'égard des soins sont testées. Les médecins se montrent davantage favorables au processus de planification des sorties et au recours aux urgences.
SOINS DE LONGUE DURÉE	UTILISATION DE MOYENS DE CONTENTION	**Trillium Manor**	Nombre et pourcentage de résidents pour lesquels on a utilisé un moyen de contention	Diminution relative de 30 % du nombre et du pourcentage de résidents pour lesquels on a utilisé un moyen de contention	31 résidents (juin 2010), et 19 % de résidents (moyenne de quatre trimestres, Q1 2010)	7 résidents (déc. 2010) et 5,6 % de résidents (moyenne de quatre trimestres, Q4 2011)	**77 % et 71 %**	Achat de lits hauts-bas avec ridelles non contraignantes (40 sur une période de deux ans); ces lits ont été affectés en priorité aux résidents qui avaient besoin de ridelles pour des raisons de sécurité. Adoption d'une politique autorisant les mesures de contention uniquement si elles sont approuvées par l'équipe responsable des soins infirmiers. Le personnel a été informé de cette nouvelle politique, des risques et avantages associés aux moyens de contention, et des effets sur la qualité de la vie des résidents. Cette information est désormais présentée lors de l'orientation des nouveaux employés et revue chaque année avec le personnel soignant. Lorsque les familles demandent des moyens de contention, elles sont informées des risques.

13 | Notes en fin d'ouvrage

1 Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Annals of Emergency Medicine. 2000 Jan;35(1):63-68

2 Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Annals of Emergency Medicine 2008;52(2):126–136.

3 MSSLD. Programme de financement axé sur les résultats. [Internet] 6 mai 2011, [mentionné le 2 avril 2012] Consultable à: http://www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2011/may/bg_20110506_1.pdf

4 Wicks, AM, Visich, JK, Li, S. Radio Frequency Identification Applications in Hospital Environments. Hospital Topics: Research and Perspectives on Health care. 2006,84(3).

5 McKinney M. Watching the big board to reduce overcrowding. Electronic bed tracking systems can improve patient throughput, but staff buy-in is a must. Hosp Health Netw. 2009 Oct,83(10):48–50.

6 Improving the efficiency of hospital-based emergency care. Chapter 4 in: Hospital-based emergency care: at the breaking point. Institute of Medicine, Washington[Internet] 2007,[cited 2012 Jan 20] Consultable à : www.nap.edu/openbook.php?record_id=11621&page=129

7 Vermeulen MJ, Ray JG, Bell C, Cayen B, Stukel TA, Schull MJ. Disequilibrium between admitted and discharged hospitalized patients affects emergency department length of stay. Annals of Emergency Medicine. 2009;54(6):794-804.

8 Litvak E. Optimizing patient flow by managing its variability. In: JCAHO, from front office to front line: essential issues for health care leaders. Joint Commission Resources, Inc. [Internet] 2005, [cited 2011 Jan 14] Consultable à : www.saludygestion.com/archives/B_Joint%20Commission%20Resources%20Article%20From%20the%20Front%20Office%20to%20Front%20Line.pdf

9 MSSLD. Accès soins. [Internet] 2011, [mentionné le 9 avril 2012] Consultable à : http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/healthcareconnect/public/default.aspx

10 MSSLD. Vos options de soins de santé. Information publique [Internet]. 2011,[mentionné le 20 janvier 2012] Consultable à : www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/hco/options/urgent.aspx

11 Alberta Health Services. Dr. John Conly, Jodi Glassford, Nancy Guebert, Janet Lapnis, Kathy Schultz. Medical Access to Service Project- Calgary zone. Phase 2- Outcome Assessment- Final Report. [Internet] 2009 Sept; [cited 2012 Mar 21] Consultable à : http://www.departmentofmedicine.com/MAS/documents/mas_final_sept1_2009.pdf

12 Conseil ontarien de la qualité de services de santé. Guide d'amélioration de la qualité : Module 1 – Accès.[Internet]2009,[mentionné le 15 janvier 2011] Consultable à : http://www.ohqc.ca/pdfs/gi_module_1_french_may27finaldraft.pdf

13 Conseil ontarien de la qualité de services de santé. Guide d'amélioration de la qualité : Module 1 – Accès.[Internet]2009,[mentionné le 15 janvier 2011] Consultable à : www.ohqc.ca/pdfs/gi_module_1_french_may27finaldraft.pdf

14 Service Accountability Agreement between Toronto Central LHIN and East End CHC. [Internet] 2009 April,[cited 2012 March 21] Consultable à : http://www.eastendchc.on.ca/Agreement%20Multi%20Sector%20SAA%20CHC.pdf

15 MSSLD. Accès soins [Internet],[mentionné le 24 janvier 2012] Consultable à : http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/healthcareconnect/public/default.aspx

16 MSSLD. Équipes Santé familiale. Information publique. [Internet] 2011 Apr 26; [Mentionné le 10 mai 2012]. Consultable à http://news.ontario.ca/mohltc/fr/2012/01/six-nouvelles-equipes-de-sante-familiale-ouvrent-leurs-portes-a-toronto.html. Consulté le 10 mai 2012.

17 Wright JG, Menaker RJ. Waiting for children's surgery in Canada: the Canadian Paediatric Surgical Wait Times project. Canadian Medical Association Journal. 2011,183(9):E559.

18 Tuominen U, Sintonen H, Hirvonen J, Seitsalo S, Paavolainen P, Lehto M, Hietaniemi K, Blom M. Is longer waiting time for total knee replacement associated with health outcomes and medication costs? Randomized clinical trial. Value Health. 2010 Dec;13(8):998-1004.

19 Hirvonen J, Tuominen U, Seitsalo S, Lehto M, Paavolainen P, Hietaniemi K, Rissanen P, Sintonen H, Blom M. The Effect of Waiting Time on Health-Related Quality of Life, Pain, and Physical Function in Patients Awaiting Primary Total Hip Replacement: A Randomized Controlled Trial. Value in Health 2009;12(6):942–947.

20 De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP, et al. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction. Every Minute of Delay Counts Circulation 2004;109:1223-5.

21 Qualité des services de santé Ontario. Observateur de la qualité : Rapport annuel 2011 sur le système de santé de l'Ontario. Toronto, Canada. www.hqontario.ca/pdfs/2011_report_-_french.pdf

22 Conseil de l'Europe. Rapport sur les critères de gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé . [Internet],[mentionné le 21 mars 2012] Consultable à : www.coe.int/t/dg3/health/waitinglistreport_FR.asp?

23 Lillrank P, Groop PJ, Malmström TJ. Demand and Supply–Based Operating Modes—A Framework for Analyzing Health Care Service Production. Milbank Quarterly 2010;88(4):595–615.

24 Institute for Healthcare Improvement. Use Just-in-Time Processing[Internet],[cited 2012 March 21] Consultable à : http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Changes/UseJustinTimeProcessing.aspx

25 cyberSanté Ontario. Imagerie diagnostique [Internet],[mentionné le 24 janvier 2012] Consultable à : www.ehealthontario.on.ca/fr/programs/dipacs.asp

26 Institute for Healthcare Improvement. Recalibrate the System by Working Down the Backlog. [Internet], [cited 2012 Jan 22] Consultable à : http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Changes/RecalibratetheSystembyWorkingDowntheBacklog.aspx

27 Institute for Healthcare Improvement. Manage Variation in Demand. [Internet], [cited 2012 Jan 22] Consultable à : www.ihi.org/IHI/Topics/OfficePractices/Access/Changes/IndividualChanges/ManageVariationinDemand.htm

28 MSSLD, L'Outil de soutien décisionnel pour les examens par IRM et les tomodensitogrammes pour les médecins traitants. [Internet] 2011; [mentionné le 2 avril 2012] Consultable à : health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/pro/rcia/success/hsp_m

29 Sanchez M, Vellanky S, Herring J, Liang J, and Jia H. Variations in Canadian Rates of Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Healthcare Quarterly. 2008; 11(4):20–22.

30 Boutwell, A. Griffin, F. Hwu, S. Shannon, D. Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Compendium of 15 Promising Interventions. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2009.

31 Vachon CM, Aaland M, Zhu TH. Readmission of trauma patients in a nonacademic Level II trauma center. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2012 Feb;72(2):533–536.

32 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006,2. Art. No. CD000259.

33 Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Almiento R, Sicuro L, Galasso R, Sommella L et al. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. BMC Health Services Research. 2010; 10 (2): 1–11.

34 Van Walraven C, Irfan A, Dhalla CB, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, Austin PC, Forster AJ. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. CMAJ. 2010 Apr 6;182(6).

35 Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. Journal of Hospital Medicine. 2007;2(5):314–323.

36 Raven MC, Billings JC, Goldfrank LR, Manheimer ED, Gourevitch MN. Medicaid Patients at High Risk for Frequent Hospital Admission: Real-Time Identification and Remediable Risks. Journal of Urban Health. 2008;86(2):230-241.

37 MSSLD. Améliorer le continuum des soins. [Internet]. 15 novembre 2011;[mentionné le 28 novembre 2011] Consultable à : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/baker_2011/baker_2011.aspx

38 Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Ahbhai SM, Huh JH, Cesta A, Pond GR, Fernandes OA. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. Ann Pharmacother. October 2008;42(10):1373-1379.

39 Crossen-Sills J, Toomey I, Doherty M. Strategies to reduce unplanned hospitalizations of home healthcare patients: A step-by-step approach. Home Healthcare Nurse. 2006; 42(6): 369-376.

40 Liddy C, Dusseault JJ, Dahrouge S, Hogg W, Lemelin J, Humbert J. Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses: pilot study. Can Fam Physician. January 2008;54(1):58-65. Erratum in: Can Fam Physician. 2008 Mar;54(3):351.

41 OHTAC Recommendation. Specialized Multidisciplinary Community-Based Care Series. [Internet] 2009 Nov; [cited 2012 Apr 4] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/tech/reviews/pdf/rev_smcc_sum_20091019.pdf

42 Horner SD, Surratt D, Juliuson S. Improving Readability of Patient Education Materials. Journal of Community Health Nursing, 2000, 17(1), 15-23.

43 Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. Ann Acad Med Singapore. 2008 Feb;37(2):136.

44 Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. Ann Acad Med Singapore. 2008 Feb;37(2):136.

45 MSSLD. Améliorer le continuum des soins. [Internet]. 15 novembre 2011;[mentionné le 28 novembre 2011] Consultable à : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/baker_2011/baker_2011.aspx

46 MSSLD. Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale. [Internet]. Mai 2003;[mentionné le 21 mars 2012] Consultable à : http://www.health.gov.on.ca/french/public/pubf/ministry_reportsf/mh_accountabilityf/mh_accountability_f.pdf

47 Lorig KR, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. Medical Care. 1999;73(1):5-14.

48 Tu JV, Khalid L, Donovan LR, Ko DT, et al. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. CMAJ. 2008;179(9):909-915.

49 Sequist TD, Gandhi TK, Karson AS, et al. A randomized trial of electronic clinical reminders to improve quality of care for diabetes and coronary artery disease. J Am Med Inform Assoc. July/August 2005;12(4):431-437.

50 Institut canadien pour la sécurité des patients. Sécurité des patients dans le contexte des soins primaires [Internet],[mentionné le 21 mars 2012] Consultable à : http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/primaryCare/Documents/Primary%20Care%202010%20FR.pdf

51 Sahota N, Lloyd R, Ramakrishna A, Mackay JA, Prorok JC, Weise-Kelly L, Navarro T, Wilczynski NL, Haynes RB, Sahota N, others. Computerized clinical decision support systems for acute care management: A decision-maker-researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes. Implementation Science 2011;6(1):91.

52 Franx G, Oud M, de Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. Implementation Science. Jan 2012;7:8

53 Grol R and Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. Med J Aust. 2004;180(6):S57-S60.

54 Alemany H, Braganca B, Gorchynski S, Hedger L, Merali Y, Nadlarajah S, et al. Policy and Procedures: Bladder and Bowel Management. Toronto Best Practice in LTC Initiative. 2006;1-26.

55 Tran K, Polisena J, Coyle D, Coyle K, Kluge E-H W, Cimon K, McGill S, Noorani H, Palmer K, Scott R. Home telehealth for chronic disease management. Technology report number 113. Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.[Internet]. 2008,[mentionné le 8 novembre 2011] Consultable à : http://www.cadth.ca/media/pdf/O0475_Home_Telehealth_to_fr.pdf

56 Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. Am Fam Physician. 2005 Oct 15;72(8):1503-1510.

57 Williams MV, Davis TC, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. Fam Med. 2002;34(5):383-389.

58 Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. In: Mayo Clinic Proceedings. 2010 p. 53.

59 Institute of Health Economics. Philip Jacobs, Jessica Moffatt, John Rapoport, Neil Bell. Primary Care Economics [Internet]. 2010,[mentionné le 22 mars 2012] Consultable à : http://www.ihe.ca/documents/Primary%20Care%20Economics%20Final%20Report.pdf

60 Le Collège des médecins de famille du Canada. Colleen Rand, Eileen Vilis, Noreen Dort, Heather White. Chronic Disease Management[Internet],[mentionné le 22 mars 2012] Consultable à : http://toolkit.cfpc.ca/en/continuity-of-care/documents/Chapter7.pdf

61 OntarioMD. Vendor Collaborative Networks [Internet]. 2011,[mentionné le 18 octobre 2011] Consultable à : https://www.ontariomd.ca/portal/server.pt/community/vcn/230

62 OHTAC Recommendation. Laparoscopic Adjustable Gastric Banding[Internet]. September 2010;[cited 2012 March 22] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_lagb_20091204.pdf

63 OHTAC Recommendation. Advanced Electrophysiologic Mapping and Catheter Ablation for the treatment of complex cardiac arrhythmias. [Internet] 2005 Dec 16;[cited 2012 Apr 9] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_ep_121605.pdf

64 OHTAC Recommendation. Continuous Glucose Monitoring for Patients with Diabetes. [Internet] 2011 July, [cited 2012 Apr 9] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_conglumon_20110706.pdf

65 MSSLD. MedsCheck pour les résidents des FSLD – Le programme MedsCheck pour les résidents de foyers de soins de longue durée [Internet]. 2011 [mentionné le 3 novembre 2011];Consultable à : http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/medscheck/docs/ltc_home.pdf

66 Ontario Pharmacists' Association. OPAToday - MedsCheck [Internet]. 2011 [mentionné le 1er novembre 2011];Consultable à : www.opatoday.com/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=182

67 Anderson C, The Regional Geriatric Advisory Committee Expert Panel. Regional Specialized Geriatric Services in the Central East LHIN: Options for Coordinated Delivery, Organization and Governance [Internet]. 2011 [mentionné le 21 octobre 2011]. Consultable à : www.centraleastlhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Board_of_Directors/Board_Meeting_Submenu/4.3_-_Specialized_GeriatricenvironscanV3.pdf

68 Fink H, Taylor B, Tacklind J, Rutks IR, Wilt TJ. Treatment Interventions in Nursing Home Residents with Urinary Incontinence: A Systematic Review of Randomized Trials. Mayo Clinic Proceedings. 2008;83(12):1332-43.

69 Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors. Pain Management Program: Policy, Procedures and Training Package. OANHSS LTCHA Implementation Member Support Project. 2010,1-26.

70 Choi NG, Ransom S, Wyllie RJ. Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. Aging & Mental Health. 2008;12:536-47.

71 Barnes LL, Mendes de Leon CF, Wilson RS, et al. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. Neurology. 2004; 63: 2322-6

72 Herman AD, Johnson TM, Ritchie CS, Parmelee PA. Pain Management Interventions in the Nursing Home: A Structured Review of the Literature. Journal of the American Geriatrics Society. 2009;57(7):1258-67.

73 Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. J Pain Symptom Manag.2006;31(2):170-192.

74 L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Assessment and Management of Pain – revu en 2007. [Internet]2007, [mentionné le 16 octobre 2011] Consultable à : http://www.rnao.org/Storage/29/2351_BPG_Pain_and_Supp.pdf, consulté le 16 octobre 2011.

75 Community Knowledge Centre. Alzheimer Society of Toronto.| Toronto Community Foundation.[Internet]; [mentionné le 12 janvier 2012] Consultable à : http://ckc.tcf.ca/org/alzheimer-society-toronto

76 OHTAC Recommendation. Aging in the Community. [Internet] 2008 Sept, [cited 2011 Nov 23] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_aic_20081002.pdf

77 OHTAC Recommendation: Midurethral Slings for Women with Stress Urinary Incontinence. [Internet] 2006 Feb 21, [cited 2012 Apr 9] Available from: http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/15000/266122.pdf

78 CASC. Projet d'intégration des soins des clients. [Internet],[mentionné le 26 octobre 2011] Consultable à : http://www.ccac- ont.ca/Home.aspx?LanguageID=2

79 Hellsten E. Bundled Reimbursement: Aligning Incentives for Client- Centred Care [Internet]. 2010; Consultable à : www.ccac- ont.ca/Upload/on/General/ICCP/14_Apr_03_Hellsten.pdf

80 Hospice Palliative Care Network Hamilton Niagara Haldimand Brant. Consultations sur les soins palliatifs [Internet]. 2007, [mentionné le 28 octobre 2011] Consultable à : www.hnhhbhpc.net/PalliativeCareConsultations/tabid/83/Default.aspx

81 Ontario Palliative Pain and Symptom Management Consultants Network. Handout: Ontario Regions [Internet]. 2009, [mentionné le 28 octobre 2011] Consultable à : http://www.ontariopalliativecare.org/pdfs/2009/PCCN_Handout_Rev10-09.pdf

82 Soins continus Bruyère. Service de consultation sur la gestion de la douleur et des symptômes [Internet]. 2011, [mentionné le 28 octobre 2011] Consultable à : http://www.bruyere.org/fr/service-de-consultation-en-gestion-de-la-douleur-et-symptomes-en-soins-pall

83 North West Palliative Pain and Symptom Management Program. Palliative Pain & Symptom Management Program [Internet]. 2011, [mentionné le 28 octobre 2011] Consultable à : www.ccac- ont.ca/Content.aspx?EnterpriseID=14&LanguageID=1&MenuID=40

84 Palliative Pain and Symptom Management Consultation Program Southwestern Ontario. About us [Internet]. 2008, [mentionné le 28 octobre 2011] Consultable à : www.palliativecareswo.ca/HomeNew.htm

85 Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Medical Association Journal. 2004 May 25;170(11):1678–1686.

86 Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. Journal of Hospital Infection. 2010;76(2):97–102.

87 Plowman R, Graves N, Griffin MA, Roberts JA, Swan AV, Cookson B, Taylor L. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. J Hosp Infect. 2001 Mar;47(3):198–209.

88 des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse En avant! : La prévention de la pneumonie sous ventilation assistée chez les adultes et les enfants - Guide pratique. [Internet] 2009 Apr,[mentionné le 27 mars 2012] Consultable à : jgh.ca/uploads/CampagneQuebecoise/documents/ResumeII/New/PVA%20Trousse%20En%20Avant%20-%202009.pdf

89 des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC)[Internet],[mentionné le 2 avril 2012] Consultable à : www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/cli/pages/default.aspx

90 MSSLD. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé. [Internet]. Nov. 2007,[mentionné le 27 mars 2012] Consultable à : www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/RPAP%20Annex%20C%20Testing%20Surveillance%20Management%20of%20C%20diff%20FR.pdf

91 Institute for Healthcare Improvement. Early goal directed therapy reduces sepsis complications and mortality. [Internet], [cited 2012 Apr 2] Available from: http://www.ihi.org/knowledge/Pages/ImprovementStories/EarlyGoalDirectedTherapyReducesSepsisComplicationsandMortality.aspx

92 Institute for Healthcare Improvement. Venous thromboembolus (CTE) prevention & treatment. [Internet], [cited 2012 Apr 2] Available from: http://www.ihi.org/explore/cmspartnershipforpatients/documents/ihi_vte_resources_oct11.pdf

93 NH Quality Care. Surgical care improvement project (SCIP). [Internet], [cited 2012 Apr 2] Available from: http://www.nhqualitycare.org/index.php/list-of-measures/surgical-care-improvement-project-scip

94 Massachusetts Best Practice Recommendations to Reduce Medication Errors. The Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors[Internet] 1999;[cited 2012 April 2] Available from: http://www.macoalition.org/documents/Best_Practice_Medication_Errors.pdf

95 MSSLD. Document d'information - Rapports sur le respect de l'hygiène des mains [Internet]. 2009 [mentionné le 12 janvier 2012],Consultable à : www.health.gov.on.ca/securitedespatients/pro/hh/pro_resource/hh_reporting_fs.pdf

96 WHO. Guide de Mise en œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains. [Internet]. 2009,[mentionné le 20 janvier 2012] Consultable à : whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.02_fre.pdf

97 Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2002;51(RR16):1–45.

98 Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2002;51(RR16):1–45.

99 MSSLD. Pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour tous les lieux de soins. [Internet] 2008 May [mentionné le 22 mars 2012]. Consultable à : www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf

100 Chittawatanarat K, Pamorsinla[athum T. The impact of closed ICU model on mortality in general surgery intensive care unit. J med Assoc Thai. [Internet] 2009 [cited 2012 Mar 22]; 92(12):1627-34

101 AOPPS. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les lieux de soins. [Internet]. Janvier 2011,[mentionné le 10 janvier 2012] Consultable à : http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/2011-01%20BP%20Infection%20Control%20in%20HC%20Settings%20-%20FR.pdf

102 The Joint Commission. Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges. [Internet] 2009 [mentionné le 22 mars 2012] Consultable à : http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf

103 Agency for Healthcare Research and Quality. Error Disclosure. [Internet], [mentionné le 22 mars 2012] Consultable à : http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=2

104 Institut canadien pour la sécurité des patients. Hygiène des mains : un travail de collaboration avec les patients et leur famille. [Internet],[mentionné le 12 janvier 2012] Consultable à : http://www.handhygiene.ca/French/Patients-Their-Families/Documents/Patient%20Family%20Guide%20FR.pdf

105 Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [Internet]. Washington DC: National Academy of Sciences [Internet] 2001 [cited 2012 Jan 11]. Available from: www.nap.edu/catalog/10027.html

106 Pittet D. Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach. Emerging Infectious Diseases [Internet] 2001 [cited 2012 Mar 22], 7(2):234-240. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631736/pdf/11294714.pdf

107 Marra AR, et al. Positive Deviance: A New strategy for improving hand hygiene compliance. [Internet] 2010 Jan, [cited 2012 Mar 22] ; 31(1): 12-20. Available from: http://www.plexusinstitute.org/resource/collection/0F1D2212-2F8A-4C6B-80CA-5DC016A5C683/Marra-Alexandre-etal-PositiveDeviance-ANewStrategy.pdf

108 Qualité des services de santé Ontario. Plans d'amélioration de la qualité 2011 : Une analyse à l'appui de l'apprentissage [Internet],[mentionné le 2 avril 2012] Consultable à : http://www.hqontario.ca/pdfs/QIPs_Une_analyse_à_l'appui_de_l'apprentissage.pdf

109 Baker R, Abrams H, Bell C, Blackstein-Hirsch P, Brown G, Cochrane P, et coll. Améliorer le continuum des soins - Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables Panel [Internet]. Toronto: [Internet] 2011 [mentionné le 10 février 2012]. Consultable à : www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/baker_2011/baker_2011.pdf

110 Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC). OHTAC Recommendation: Aging in the Community. [Internet] 2008, [cited 2011 Nov 23] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_aic_20081002.pdf

111 Brown A, Coyle D, Cimon K, Farrah K. Hip Protectors in Long Term Care: A Clinical and Cost-Effectiveness Review and Primary Economic Evaluation. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009.

112 Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2006;296(8):974–84.

113 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée [Internet]. 2005; [mentionné le 23 novembre 2011] Consultable à : www.rnao.org/Storage/24/1874_BPG_Falls_-_Final_-_FRENCH_-__Dec_2006.pdf

114 Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M, Regier NG, Thein K, Freedman L. Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia Be Prevented with the Use of Standardized Stimuli? Journal of the American Geriatrics Society. 2010;58:1459–64.

115 European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Prevention - Quick Reference Guide. Washington DC: Nation Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

116 Weber V, White A, McIlvried R. An Electronic Medical Record (EMR)-Based Intervention to Reduce Polypharmacy and Falls in an Ambulatory Rural Elderly Population. J Gen Intern Med 2007. 23(4):399–404.

117 Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC). OHTAC Recommendation: Aging in the Community. [Internet] 2008; [cited 2011 Nov 23] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/reconmend/rec_aic_20081002.pdf

118 Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC). OHTAC Recommendation. Prevention and Management of Pressure Ulcers. [Internet] 2009 Oct; [cited 2011 Nov 23] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_pup_20091020.pdf

119 Medical Advisory Secretariat. The Falls/Fractures Economic Model in Ontario Residents Aged 65 Years and Over (FEMOR). Ontario Health Technology Assessment Series. 2008;8(6):1–54.

120 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Évaluation du risque et préventionndes lésions de pression [Internet]. 2005 Mar;[mentionné le 2 avril 2012] Available from: www.rnao.org/Storage/12/642_%C9valuation_du_risque_et_pr%E9vention_des_l%E9sions_de_pression.pdf

121 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée [Internet]. 2005; [mentionné le 23 novembre 2011] Consultable à : www.rnao.org/Storage/24/1874_BPG_Falls_-_Final_-_FRENCH_-__Dec_2006.pdf

122 Partenariat des RLISS. Integrated Provincial Falls Prevention Project [Internet],[mentionné le 2 avril 2012] Consultable à : http://www.lhincollaborative.ca/Page.aspx?id=2380

123 CIHI. Discharge Abstract Database (DAD). Inpatient Hospitalizations: Volumes, Length of Stay and Standardized Rates. [Internet]. 2011,[cited 2012 Jan 4] Available from: http://apps.cihi.ca/MicroStrategy/asp/Main.aspx?server=torapprd30.cihi.ca&project=Quick+Stats&uid=pce_pub_en&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=C6FSB4144B03958E3AE3CAB5DD440EA7

124 National Ambulatory Care Reporting System (NACRS). ED Visits in FY 2010/11. Provided by MOHLTC.

125 Zolnierek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Medical care 2009;47(8):826.

126 NHCAHPS survey [Internet] 2012, [cited 2012 April 5] Available from: hospitalcompare.hhs.gov

127 Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 vision of patient-centered primary care. J Gen Intern Med. 2005 Oct;20(10):953-7.

128 Sheffield Teaching Hospitals NHs Foundation Trust. Patient Feedback Scheme. [Internet] 2012 [mentionné le 21 mars 2012] Consultable à : http://www.sth.nhs.uk/patients/patient-survey/picker-frequent-feedback-scheme

129 Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. Nurs Clin North Am. 2000 Jun;35(2):375-83.

130 Nelson BP, Cohen D, Lander O, et al. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. Am J Emerg Med. 2004;22:582-585.

131 Ak M, Cinar O, Sutcigil L, Congologlu ED, Haciomeroglu B, Canbaz H, Yaprak H, Jay L, Ozmenler KN. Communication Skills Training For Emergency Nurses. International Journal of Medical Sciences 2011;8(5):397.

132 Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O, others. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Reports 2003;118(4):293.

133 OMS Normative Guidelines on Pain Management. [Internet]. 2007;[mentionné le 6 janvier 2012] Consultable à : http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf

134 Australian Charter of Healthcare Rights in Victoria. Enhancing communication and clinical practice to help realize healthcare rights. [Internet] 2010 April 12 [cited 2012 Mar 21] Available from: http://health.vic.gov.au/patientcharter/services/clinical.htm

135 Willis D. Making Every Minute Count: Tools to Improve Office Efficiency. Family Practice Management [Internet]. 2005 Apr;[cited 2011 Jan 30] Available from: http://www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Making%20Every%20Minute%20Count.pdf

136 Macintyre P E. Safety and efficacy of patient-controlled analgesia. British Journal of Anaesthesia 2001;87:36–46.

137 Health Business UK. Catering for all. [Internet] 2009 Oct 25 [cited 2012 Mar 21] Available from: http://www.healthbusinessuk.net/features/21/1160-catering-for-all

138 NHS Modernisation Agency. Improvement Leaders' Guide: Involving patients and carers. [Internet] 2005 [cited 2012 Mar 21] Available from: http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/documents/I4PC.pdf

139 Heisler, M. Actively engaging patients in treatment decision making and monitoring as a strategy to improve hypertention outcomes in diabetes mellitus. [Internet] 2008 [cited 2012 Mar 21] Available from: http://circ.ahajournals.org/content/117/11/1355

140 Marra G. Katz, Terry A. Jacobson, Emir Veledar, and Sunil Kripalani. Patient Literacy and Question-asking Behavior During the Medical Encounter: A Mixed-methods Analysis. J Gen Intern Med. 2007; 22(6): 782–786.

141 Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication Interventions Make A Difference in Conversations Between Physicians and Patients: A Systematic Review of the Evidence. Med Care 2007 Apr;45(4):340-9.

142 Gilbert LK, Wyand F. Genital herpes education and counselling: testing a one-page "FAQ" intervention. Herpes. 2009 Jan;15(3):51-6.

143 Williams MV, Davis T, Parker RM, & Weiss BD. The role of health literacy n patient-physician communication. Family Medicine. 2002 May;34(5):383-9

144 Horner SD, Surratt D, Julnson S. Improving Readability of Patient Education Materials. Journal of Community Health Nursing, 2000, 17(1), 15–23.

145 Iowa Protection and Advocacy Services, Inc. Nothing about me, without me. [Internet], [mentionné le 21 mars 2012] Consultable à : http://www.ipna.org/userfiles/Nothing%20About%20Me%20Without%20Me.pdf

146 Siddhartha Singh, Kathlyn E Fletcher, G John Pandhl, Marilyn M Schapira, Ann B. Nattinger, Lee A Biblo, Jeff Whtile. It's the Writing on the Wall: Whiteboards Improve Inpatient Satisfaction with Provider Communication. American Journal of Medical Quality. 2011 March/April;col 26(2):127-131

147 Hedges JR, Trout A, Magnusson AR. Satisfied Patients Exiting the Emergency Department (SPEED) Study. Acad Emerg Med. 2002 Jan;9(1):15-21.

148 Women's College Hospital. Public Accountability, Quality and Performance. [Internet] 2012 [mentionné le 21 mars 2012] Consultable à : http://www.womenscollegehospital.ca/patients-and-visitors/performance-report-card165/

149 Taylor DM, Cameron PA. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? J Accid Emerg Med. 2000 Mar;17(2):86-90.

150 MSSLD. Présentation de planification hospitalière annuelle (PPHA) Lignes directrice 2008-2010. [Internet]. 2010;[mentionné le 20 décembre 2011] Consultable à : www.ontla.on.ca/library/repository/mon/17000/275019.pdf

151 OHA. ACASCO. Four Pillars: Recommendations for Achieving a High Performing Health System. [Internet]. 2011,[mentionné le 20 décembre 2011] Consultable à : www.oha.com/CurrentIssues/Issues/Documents/Four%20Pillars%20-%20FINAL%20FULL.pdf

152 Walker D. Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; [Internet]. 2011 [mentionné le 16 janvier 2012]. Consultable à : www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/walker_2011/walker_2011.pdf

153 Nolan M. Older patients in the emergency department: what are the risks? Journal of Gerontological Nursing. 2009;35(12):14–8.

154 Nairn S, Whotton E, Marshal C, Roberts M, Swann G. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. Accident and Emergency Nursing. 2004;12(3):159–65.

155 OHTAC Recommendation: Continuous Glucose Monitoring for Patients with Diabetes. [Internet]. 2010;[cited 2012 Jan 2] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_conglumon_20110706.pdf

156 OHTAC Recommendation: Diabetes Evidence Strategy Platform. [Internet]. 2009;[cited 2012 Mar 26] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_diabetes_20091020.pdf

157 OHTAC Recommendation: Non-Invasive Cardiac Imaging Technologies for the Assessment of Myocardial Viability. [Internet]. 2010;[cited 2012 Jan 2] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_cardmyo_20100720.pdf

158 OHTAC Recommendation: Clinical utility of Vitamin D Testing. [Internet] 2010;[cited 2012 Mar 26] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_diabetes_20091020.pdf

159 OHTAC Recommendation: Neuroimaging for the Evaluation of Chronic Headaches. [Internet]. 2010;[cited 2012 Jan 2] Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_Headache_20101222.pdf

160 Residents First. The Leading Quality Program Information Page [Internet]. 2011 [cited 2011 Sep 28];Available from: www.residentsfirst.ca/leadership

161 Gillis A, MacDonald B. Deconditioning in the hospitalized elderly.Can Nurse. 2005 Jun;101(6):16-20.

162 Longwoods Publishing. Transforming Health Care for Seniors through Home First. Health & Healthcare News.[Internet]. 2011 [cited 2011 Oct 11] Available from: http://www.longwoods.com/newsdetail/2114

163 Walker D. Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; [Internet]. 2011 [mentionné le 16 janvier 2012]. Consultable à : www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/walker_2011/walker_2011.aspx

164 Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF).NPSTAT is reducing hospital transfers for long-term care residents in Mississauga Halton. [Internet]. 2010; [cited 2011 Nov 4] Available from: www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/article/10-02-01/8e8551b7-0035-425a-b4fe-b02cc1c5c49f.aspx

165 Klaasen K, Lamont L, Krishnan P. Setting a new standard of care in nursing homes. Canadian Nurse. 2009;105(9):24 -30.

166 MSSLD. Équipe santé familiale [Internet]. 2011, [mentionné le 25 janvier 2012] Consultable à : www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/fht_mnf.html

167 Hersh W. A stimulus to define informatics and health information technology. BMC Medical Informatics and Decision Making 2009;9(1) :24.

168 Singh H, Naik AD, Rao R, Petersen LA. Reducing Diagnostic Errors through Effective Communication : Harnessing the Power of Information Technology. Journal of General Internal Medicine 2008 Mar;23 :489-494.

169 CQVT-SSQ. Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité [Internet]. [mentionné le 7 octobre 2011] Consultable à : www.qwqhc.ca/a-propos-qui-nous-sommes.aspx

170 Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Avancement de la santé au travail : Définition et importance de la santé au travail [Internet]. 2011;[cited 2011 Oct 19] Consultable à: www.cchst.ca/healthyworkplaces/employers/why.html

171 Statistique Canada. Taux d'absence du travail [Internet]. 2010; [mentionné le 12 octobre 2011]. Consultable à : www.statcan.gc.ca/pub/71-211-x/71-211-x2011000-fra.pdf

172 Montgomery VL. Effect of fatigue, workload, and environment on patient safety in the pediatric intensive care unit. Pediatric Critical Care Medicine 2007 Mar;8 :S11-S16.

173 Rogers AE, Hwang W-T, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. Health Affairs 2004 Jul;23 :202-212

174 Diwas S., Terwiesch C. Impact of Workload on Service Time and Patient Safety : An Econometric Analysis of Hospital Operations. Journal Management Science. 2009 Sep; 5(9).

175 Carayon P, Alvarado CJ, others. Workload and patient safety among critical care nurses. Critical care nursing clinics of North America 2007;19(2) :121 -129.

176 Inforoute Santé du Canada. 2015 : l'évolution de la nouvelle génération de soins de santé au Canada [Internet]. 2010;[mentionné le 23 septembre 2011] Consultable à: www2.infoway-inforoute.ca/Documents/InfowayVision-FR-FINAL%5B1%5D.pdf

177 PalenTE, Price DW, Snyder AJ, Shetterly SM. Computerized alert reduced D-dimer testing in the elderly. Am J Manag Care 2010;16(11) :e267 -e275.

178 ICIS. Norme pancanadienne provisoire relative au contenu du dossier médical électronique en lien avec les soins de santé primaires [Internet]. 2011; [mentionné le 31 octobre 2011] Consultable à: secure.cihi.ca/cihiweb/products/PHC_EMR_ContentStandards_F.pdf

179 Sequist TD, Cullen T, Hays H, Taualii MM, Simon SR, Bates DW. Implementation and use of an electronic health record within the Indian Health Service. Journal of the American Medical Informatics Association 2007;14(2) :191 -197.

180 eWorkplaceHealth [Internet]. 2011;[cited 2011 Oct 13] Available from : http://eworkplacehealth.com/

181 ePhysicianHealth [Internet]. [cited 2011 Oct 12] Available from : http://ephysicianhealth.com/

182 Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Travail en rotation. [Internet]; [mentionné le 15 février 2011] Consultable à: www.cchst.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html

183 Rogers AE. The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety. Chapter 40 in : Patient safety and quality : an evidence-based handbook for nurses. Hughes RG, editor. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (US) [Internet]. Patient Safety and Quality - NCBI Bookshelf; [Internet] 2008.[cited 2011 Oct 11] Available from : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2645/

184 Ovretveit J. The Health Foundation. Does clinical coordination improve quality and save money? [Internet] 2011 June; [cited 2011 Nov 15] Available from: http://www.health.org.R.U./public/cms/75/76/313/2514/Does%20clinical%20coordination%20improve%20quality%20and%20save%20money%20Vol%201.pdf?realName=wkW0BH.pdf

185 Kripalani S, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297(8):831-841.

186 Discharge Planning and ALC Policy Task Team. Discharge from Hospital. Literature Review. [Internet]. 2006 Nov; [cited 2011 Nov 15] Available from: http://www.nelhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Report_and_Publications/ALC/Literature_Review__Hospital_Dis.pdf

187 Society of Hospital Medicine. Quality Initiatives[Internet],[mentionné le 23 mars 2012] Consultable à : http://www.hospitalmedicine.org/ResourceRoomRedesign/RR_CareTransitions/html_CC/06Boost/06_Written.cfm

188 Sudore RL, Schillinger D. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. J Clin Outcomes Manag. January 1, 2009;16(1):20 -29.

189 Sunil Kripalani, Amy T. Jackson, Jeffrey L Schnipper, Eric A Coleman. Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists. Journal of Hospital Medicine 2007;2:314-323

190 IHI. Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians [Internet].May 2009;[cited 2012 March 23] Available from: http://www.improvingchroniccare.org/downloads/partnering_in_selfmanagement_support___a_toolkit_for_clinicians.pdf

191 The Cochrane Collaboration. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home (Review) [Internet]. 2008,[cited 2012 March 26] Available from: http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/Telemedicine/CD004510.pdf

192 Shuilain Lo, Diane Stuenkel. Lori Rodriquez. The Impact of Diagnosis- Specific Discharge Instructions on Patient Satisfaction. American Society of PeriAnesthesia Nurses.[Internet] 2009[cited 2012 March 23] Available from: https://www.kramesstore.com/OA_MEDIA/krames/pdf/krames-patient-satisfaction-study.pdf

193 Hoangmai Pham, Joy Grossman, Genna Cohen, Thomas Bodenheimer. Hospitals And Care Transitions: The Divorce of Inpatient and Outpatient Care. Health Affairs. September 2008;27(5):1315-1327

194 Tahan HA. One patient, numerous healthcare providers, and multiple care settings: addressing the concerns of care transitions through case management. Prof Case Manag. 2007 Feb;12(1):37-46.

196 American Medical Association. Care Transitions Performance Measurement Set. [Internet] June 2009[cited 2012 March 23] available from: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/399/quality-letter-attachment.pdf

196 Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. Promoting Healthy Eating and Physical Activity for a Healthier Nation. [Internet] 2010. [mentionné le 7 janvier 2012] Consultable à : www.cdc.gov/HealthyYouth/publications/pdf/PP-Ch7.pdf

197 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Preventing and Managing Chronic Disease : Ontario's Framework [Internet]. 2007 May;[mentionné le 7 janvier 2012] Consultable à : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cdpm/pdf/framework_full.pdf

198 Agence de la santé publique du Canada. Investir en prévention – la perspective économique [Internet].2010 July,[mentionné le 7 janvier 2012] Consultable à : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-02-fra.php

199 Saskia C. Sanderson, Jo Waller, Martin J. Jarvis, Steve E. Humphries, Jane Wardle. Awareness of lifestyle risk factors for cancer and heart disease among adults in the UK. Patient Education and Counseling.2009;74 :221-227

200 Société canadienne du cancer. Avantages et risques du dépistage du cancer du sein.[Internet] 2010 June;[mentionné le 7 février 2012] Consultable à : http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Getting%20checked/Benefits%20and%20risks%20of%20screening%20for%20breast%20cancer.aspx?sc_lang=fr-ca

201 J Genest, R McPherson, J Frohlich, et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations. Can J Cardiol 2009;25(10) : 567-579.

202 Action Cancer Ontario, Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2008-2011, Toronto, Ontario. Consultable à : www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13808

203 Action Cancer Ontario, Targeting Cancer : Cancer 2020 Summary Report, Toronto, Ontario. Consultable à : http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13824

204 Ontario Tobacco Research Unit. The Tobacco Control Environment : Ontario and Beyond. Monitoring and Evaluation Series (Vol. 16, No. 1). Protection from Secondhand Smoke : Monitoring Update. Toronto, ON : Ontario Tobacco Research Unit. [Internet]. 2010 Aug 12,[cited 2011 Nov 29] Available from : http://www.otru.org/pdf/16mr/16mr_shs.pdf

205 Agence de la santé publique du Canada. Notre santé notre avenir – Dialogue national sur le poids santé Rapport sur le dialogue.[Internet],[mentionné le 27 mars 2012] Consultable à : http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ohof-nsna/index-fra.php

206 Thomas A Farley, anna Caffarelli, Mary T Bassett, Lynn Silver, Thomas R Frieden. New York City's Fight Over Calorie Labeling. Health Affairs 28, no. 6 (2009) : w1098–w1109

207 MSSLD. Some-Free Ontario act. Frequently Asked Questions for Tobacco Vendors. [Internet]. 2010 Jun,[mentionné le 25 nov. 2011] Consultable à : http://www.mhp.gov.on.ca/en/smoke-free/factsheets/FAQ-Cigarillos-June2010.pdf

208 Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, Hergenroeder AC, Must A, Nixon PA, Pivarnik JM, Rowland T, Trost S, Trudeau F. Evidence based physical activity for school-age youth. J Pediatr. June 2005;146(6) :732–737.

209 Santé Canada. Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac. [Internet],[mentionné le 27 mars 2012] Consultable à : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/reg/label-etiquette/index-fra.php

210 Thomas A Farley, anna Caffarelli, Mary T Bassett, Lynn Silver, Thomas R Frieden. New York City's Fight Over Calorie Labeling. Health Affairs 28, no. 6 (2009) : w1098–w1109

211 Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. The burden of tobacco use in Ontario - fiche d'information [Internet]. Toronto : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario; 2006 [mentionné le 27 mars 2012]. Consultable à : http://www.otru.org/pdf/updates/update_june2006.pdf

212 Les diététistes du Canada. Taxing Food[Internet] Août 2006,[mentionné le 27 mars 2012] Consultable à : politiquespubliques.inspq.qc.ca/fichier.php/146/DCTaxingFood.pdf

213 Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. Smoke-Free Ontario Strategy Evaluation Report [Internet]. Octobre 2011,[mentionné le 9 janvier 2012] Consultable à : http://www.otru.org/pdf/mr2011/Strategy%20Evaluation%20Report%202011.pdf

214 L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions : Collaboration with clients. [Internet] Septembre 2010, [mentionné le 7 janvier 2012] Consultable à : http://www.rnao.org/Storage/72/6710_SMS_Brochure.pdf

215 Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation : a systematic review and meta-analysis. Tobacco control 2010;19(5) :410.

216 OHTAC Recommendation : Population-Based Smoking Cessation Strategies. OHTAC Series, Vol.10, No.1.[Internet].2010,[cited 2011 Nov 30] Available from : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/tech/reviews/pdf/rev_smoking_20100114.pdf

217 Les diététistes du Canada. Healthy Eating and Food Security. Promising Strategies for BC[Internet] Avril 2010,[mentionné le 27 mars 2012] Consultable à : http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/Healthy-Eating-and-Food-Security-Strategies-BC.aspx

218 Ministère de la Promotion de la santé et des Sports. ACTIVE2010 : Stratégie en matière de sport et d'activité physique de l'Ontario. [Internet].2005.,[mentionné le 29 nov. 2011] Consultable à : http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/14000/255689.pdf

219 Bureau de santé publique de Toronto. Health Options at Work : Physical Activity.[Internet]2009;[mentionné le 27 mars 2012] Consultable à : http://www.toronto.ca/health/pdf/physical_activity.pdf

220 OHTAC Recommendation : Population-Based Smoking Cessation Strategies. OHTAC Series, Vol.10, No.1.[Internet].2010,[cited 2011 Nov 30] Available from : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/tech/reviews/pdf/rev_smoking_20100114.pdf

221 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004;8(6).

222 Action Cancer Ontario. Programme ontarien de dépistage du cancer du sein [Internet]. Mai 2011,[mentionné le 7 janvier 2012] Consultable à : https://fr.cancercare.on.ca/pcs/screening/breastscreening/OBSP/

223 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. ContrôleCancerColorectal]. Juillet 2011,[mentionné le 7 janvier 2012] Consultable à : http://health.gov.on.ca/fr/public/programs/coloncancercheck/program.aspx

224 Weber V, Bloom F, Pierdon S, Wood C. Employing the Electronic Health Record to Improve DiabetesCare : A Multifaceted Intervention in an Integrated Delivery System. J Gen Intern Med. 2008;23(4) :379–382.

225 Austoker J, Bankhead C, Forbes LJ, Atkins L, Martin F, Robb K, Wardle J, Ramirez AJ. Interventions to promote cancer awareness and early presentation : systematic review. Br J Cancer. December 3, 2009;101(Suppl 2) :S31–S39.

226 Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. JAMA. 1999;282(7) :646–650.

227 Dominika Wranik, Martine Durier- Copp. Physician Renumeration Methods for Family Physicians in Canada : Expected Outcomes and Lessons Learned. [Internet] 2009,[cited 2012 March 27] Available from : http://toolkit.cfpc.ca/en/files/wranik.pdf

228 Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, & Hirdes JP. Suicide Risk Assessment Inventory : A Resource Guide for Canadian Health care Organizations. Toronto, ON : Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute [Internet]. 2011,[mentionné le 11 déc. 2011] Consultable à : http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Documents/Final%20-%20Suicide%20Risk%20Assessment%20Guidebook.pdf

229 Instituts de recherche en santé du Canada. Domaines de recherche correspondant aux priorités stratégiques de l'ISPS des IRSC [Internet] Juin 2010,[mentionné le 12 janvier 2012] Consultable à : www.cihr-irsc.gc.ca/f/35337.html

230 Agence de santé publique du Canada. Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de discussion [Internet]. Décembre 2004,[mentionné le 10 janvier 2012] Consultable à : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_recommended_policy_f.pdf

231 Barbara Starfield. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health. 2011;10:15

232 Center for Prevention and Health Services. Eliminating Racial and Ethnic Health Disparities: A Business Case Update for Employers. February 2009. www.minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/1/Eliminating_Racial_Ethnic_Health_Disparities_A_Business_Case_Update_for_Employers.pdf, accessed December 10, 2010.

233 Association canadienne de santé publique. Health Literacy Interventions. [Internet]2006,[mentionné le 28 janvier 2012] Consultable à : www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/interventions_e.pdf

234 Ministère de la Promotion de la santé. VIE ACTIVE2010 : Stratégie en matière de sport et d'activité physique de l'Ontario.[Internet] 2005. [mentionné le 12 janvier 2012] Consultable à : www.mhp.gov.on.ca/fr/active-living/about/active2010-strategy-f.pdf

235 Strong WB, et al. Evidence-based physical activity for school-age youth. Journal of Pediatrics. 2005;146:6:732–737.

236 Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.

237 Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph. Free nicotine patches in STOP program [Internet]. [mentionné le 11 janvier 2012] Consultable à : http://www.wdgpublichealth.ca/?q=node/1108

238 Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac [Internet],[mentionné le 23 mars 2012]. Consultable à : http://www.ottawamodel.ca/

239 Affordable Access to Recreation: Policies, Procedures and Programs in Wellington, Dufferin and Guelph. A Guelph in motion Report [Internet]. Septembre 2011,[mentionné le 11 janvier 2012] Consultable à : http://www.theresearchshop.ca/sites/default/files/Affordable%20Access%20to%20Recreation%20Report.pdf

240 Institut canadien d'information sur la santé. Bulletin analytique. *All-Terrain Vehicle (ATV)-related Trauma Hospitalizations in Ontario*, 2001-2002. http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/bl_otr_ATV_hospitalizations_dec2003_e.pdf, consulté le 9 avril 2011

14 | Remerciements

L'élaboration de ce rapport a été dirigée par une équipe scientifique de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) composé de Ben Chan, Rebecca Comrie, Michelle Rey, et un groupe de personnes chargées de présenter des rapports sur le système de santé/de méthodologistes/et de communicateurs de QSSO, comprenant Maggie Chen, James Elliott, Ryan Emond, Juliana French, Wissam Haj-Ali, Capri Housiaux, Saurabh Ingale, Hui Jia, Zahra Jiwa, Ja Young Kim, Jonathan Lam, Katherine McLaughlin, Ryan Monte, Natalie Sibille, Stephanie Soo, Naira Yeritsyan, Ann-Elise Chen, Suzanne Dugard et Nilam Kassam. Des analyses ont été aussi effectuées par Astrid Guttmann, Minnie Ho et Jun Guan de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les nombreuses personnes qui ont collaboré à la préparation de ce rapport, notamment :

- Jeff Poss, conseiller principal en recherche et méthodologie.
- Le Conseil consultatif sur la mesure du rendement de QSSO, groupe de recherche et d'évaluation composé d'experts des quatre coins de la province, qui nous ont conseillés sur toutes les recherches et analyses quantitatives : Alan Forster, Andrea Gruneir, Andrew Costa, Angie Heydon, Ann Sprague, Anne Stephens, Anne Wojtak, Arlene Bierman, Astrid Guttman, Beth Thesis, Cam Mustard, Chaim Bell, Charlotte Moore, Chris Perlman, Christine Chan, Claudia Zanchetta, Dan Purdham, Dan Silaghy, Doug Sider, Elaine Meertens, Elizabeth Lin, Eugene Wen, Farrah Hirji, Gillian Hawker, Hakim Lakhani, Howard Ovens, James Edney, Jamie Read, Jean-Frederic Levesque, Jeff Poss, Jeffrey S. Hoch, Jerry Hurley, Jim Waddel, Joanne Hader, Jon Irish, Julian Doranowski, Kevin Empey, Lena Cuthbertson, Liudmila Husak, Loraine Marrett, Lori Lord, Lou Reidel, Mari Teitelbaum, Marilyn Booth, Mark Walker, Martha Murray, Michael Murray, Ori Rotstein, Paul Kurdyak, Paula Rochon, Peggie Willett, Penny Ascroft, Peter Nord, Phil Hooper, Phyllis Hymmen, Rebecca Anas, Rick Glazier, Rolf Sebaldt, Ross Baker, Roxana Raut, Ryan Wood, Sarena Weil, Simon Hagens, Sudha Kutty, Sue VanderBent, Walter Wodchis et Ximena Camacho.
- Les organismes suivants qui ont fourni des études ou des données pour le rapport : BORN Ontario, Cardiac Care Network of Ontario, Institut de recherche en services de santé, Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Fonds du Commonwealth, ministère de la Santé et des Soins de longue durée , ministère de la Formation et des Collèges et Universités de l'Ontario, Ontario Association of Community Care Access Centres, HIMSS Analytics, NRC Picker, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit, Association des hôpitaux de l'Ontario, Ontario MD, Ontario Physician Human Resources Data Centre, Laboratoires de santé publique, Santé publique Ontario, Organisation de coopération et de développement économiques, Statistique Canada, et Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.
- Les dirigeants et le personnel des organismes suivants qui ont fourni des renseignements pour les exemples de réussite : Hôpital de Northumberland Hills, London Health Science Centre, Byron Family Medical Centre, Victoria Family Medical Centre, London Family Health Team, Équipe de santé familiale de Credit Valley, Hôpital Ross Memorial, Southlake Regional Health Centre, Équipe de santé familiale Huron Community, St. Joseph's Family Medical Centre - London, CASC du Sud-Est, CASC du Centre-Ouest, Trillium Village Manor.
- Le personnel des nombreuses divisions et directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a fourni les données et renseignements généraux et vérifié les faits.
- Heather Blumenthal, Marie Guney et le Centre for Effective Practice, qui ont participé à la rédaction du rapport.

15 | Membres de Qualité des services de santé Ontario

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lyn McLeod (Newmarket)
Présidente du conseil,, Qualité des services de santé Ontario
Membre, Comité de la vérification et des ressources (membre d'office)
Membre, Comité de gouvernance et de nomination (membre d'office)
Membre, Comité de gestion et des ressources (membre d'office)

Gilbert Sharpe (Toronto)
Président, Comité de gestion et des ressources

Richard Alvarez (Toronto)
Président, Comité de gouvernance et de nomination

Dr. Andy Molino (Ottawa)
Président, Comité de la vérification et des ressources
Membre, Comité de gestion et des ressources

Dr. Tazim Virani (Toronto)
Membre, Comité de gouvernance et de nomination

Dr. André Hurtubise (New Liskeard)
Membre, Comité de la vérification et des ressources
Membre, Comité de gouvernance et de nomination

Faith Donald (Toronto)
Membre, Comité de la vérification et des ressources

Bob Gardner (Toronto)

Marie E. Fortier (Toronto)
Membre, Comité de gouvernance et de nomination

Jeremy M. Grimshaw (Toronto)

Les biographies sont affichées à www.hqontario.ca/fr/governance.html.

DIRECTION

Dr. Ben Chan
Président-directeur général

Nizar Ladak
Vice-présidente et administratrice en chef des opérations

Dr. Les Levin
Vice-président, Élaboration des preuves et normes

MANDAT

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme gouvernemental qui a été créé en vertu de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* le 12 septembre 2005.

En juin 2008, le gouvernement de l'Ontario a chargé Qualité des services de santé Ontario d'évaluer la qualité des soins de longue durée et la satisfaction des résidents, et d'en rendre compte. En décembre 2008, Qualité des services de santé Ontario a reçu la mission d'évaluer la qualité des soins à domicile et la satisfaction des clients à l'égard de ces services, et d'en rendre compte.

Le 8 juin 2010, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* a été adoptée à l'Assemblée législative, élargissant le rôle et le mandat de Qualité des services de santé Ontario, qui a les fonctions suivantes :

a) surveiller les enjeux suivants et en rendre compte à la population de l'Ontario au sujet
   (i) de l'accès aux services de santé publics,
   (ii) des ressources humaines en santé dans les services de santé publics,
   (iii) de l'état de santé de la population et de la clientèle,
   (iv) des résultats du système de santé;

b) favoriser l'amélioration constante de la qualité des services;

c) promouvoir les soins de santé qu'appuient les meilleures preuves scientifiques disponibles
   (i) en faisant des recommandations aux organismes de soins de santé et autres entités sur les normes de soins du système de santé en fonction des lignes directrices et des protocoles pour la pratique clinique ou relativement à ceux-ci,
   (ii) en faisant des recommandations, en fonction des preuves et compte tenu des recommandations faites au sous-alinéa (i), au ministre concernant l'offre, par le gouvernement de l'Ontario, d'un financement au titre des services de soins de santé et des dispositifs médicaux.

En vertu de l'article 5 de la Loi, Qualité des services de santé Ontario doit présenter un rapport annuel au ministre sur l'état du système de santé de l'Ontario, et tout autre rapport requis par le ministre.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO)
130, rue Bloor Ouest, 10e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5
Tél. : 416 323-6868 | 1 866 623-6868
Téléc. : 416 323-9261
Courriel : info@hqontario.ca

ISSN 1926-2205 (Imprimé)
ISBN 978-1-4435-9071-6 (Imprimé, ed. 2012)
ISSN 1925-7023 (En ligne)
ISBN 978-1-4435-9072-3 (HTML, ed. 2012)
ISSN 1925-7023 (En ligne)
ISBN 978-1-4435-9073-0 (PDF, ed. 2012)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012

www.hqontario.ca